La Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire : une évaluation effectuée au Sénégal en septembre 2002

Management Sciences for Health
is a nonprofit organization
strengthening health programs
worldwide.

This report was made possible through support provided by the U.S. Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement Number HRN-A-00-00-00016-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the U.S. Agency for International Development.

Jane Briggs
Nancy Nachbar
Onesky Aupont

Septembre 2003

La Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire: une évaluation effectuée au Sénégal en septembre 2002

Jane Briggs
Nancy Nachbar
Onesky Aupont

Imprimé en septembre 2003

Programme de Gestion Rationnelle des Produits pharmaceutiques
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203 USA
Tél. : 703-524-6575
Fax : 703-524-7898
Courriel : rpmplus@msh.org

Agence Américaine pour le Développement International

Cette publication n'aurait pas été possible sans le support de l'Agence Américaine pour le Développement International, sous les termes des Accords de Coopération numéros HRN-A-00-00-00016-00. Les opinions exprimées dans ce document sont propres aux auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence Américaine pour le Développement International.

A propos de RPM Plus

RPM Plus fournit l'assistance technique dans plus de 20 pays en développement pour le renforcement des systèmes de gestion des médicaments et des fournitures médicales. Le programme donne des avis techniques et assiste les pays dans l'identification de stratégies et le développement de programmes pour améliorer la disponibilité des intrants médicaux – médicaments, vaccins, fournitures médicales, et équipement médical de base – de qualité prouvée pour la santé maternelle et infantile, l'infection VIH/SIDA, les maladies infectieuses, et la planification familiale. Il assure aussi la promotion de l'utilisation appropriée des intrants médicaux dans les structures sanitaires publiques et privées.

Citation Recommandée

Ce rapport peut être reproduit pourvu que RPM Plus y soit mentionné. Utilisez s'il vous plait la citation suivante :

Briggs, J., N. Nachbar, et O. Aupont. 2003. *La Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire : une évaluation au Sénégal en septembre 2002*. Enquête présentée à l'Agence Américaine pour le Développement International par le Programme de Gestion Rationnelle des Produits pharmaceutiques. Management Sciences for Health, Arlington, VA.

Programme de Gestion Rationnelle des Produits pharmaceutiques
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS vii

ACRONYMES ix

RESUME EXECUTIF xi
Les principaux résultats de l'enquête GMME-C xii
Conclusions xiv
Recommandations xv
Politique nationale xviii

INTRODUCTION 1
La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant 1
La Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant 1
La situation sanitaire au Sénégal 4
La Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant au Sénégal 5

METHODOLOGIE 7
L'instrument d'évaluation de la GMME-C 7
Phase de préparation 7
Echantillonnage de l'enquête 10
Collecte de données 12
Le traitement des données et leur analyse 13

INTERPRETATION DES RESULTATS 15
Description de l'échantillon 15
Résultats 18

LIMITES DES DONNEES 47
Méthodologie 47
Période de l'enquête 47
Utilisation des indicateurs 48
Couverture géographique 48

CONCLUSIONS 49
1. Le soignant de l'enfant reconnaît les symptômes que l'enfant présente 49
2. Le soignant de l'enfant cherche rapidement une prise en charge auprès d'une source appropriée 49
3. Le soignant de l'enfant obtient les médicaments appropriés 50
4. Le soignant de l'enfant utilise correctement à la maison les médicaments appropriés 51
Autres observations 52
Résumé 53

RECOMMANDATIONS ET PROCHAINES ETAPES 55
Les soignants de l'enfant 56

Les prestataires 57
Politique nationale 58

REFERENCES 59

ANNEXE 1. INDICATEURS GMME-C 61
Indicateurs des ménages 61
Indicateurs des prestataires et vendeurs de médicaments 64

ANNEXE 2. LES COLLABORATEURS 67
Principaux partenaires du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention 67
Superviseurs d'enquêteurs de la GMME-C 67
Les enquêteurs de la GMME-C 67
Les analystes des données de la GMME-C 68
Les coordinateurs de l'enquête de la GMME-C 68

ANNEXE 3. MEDICAMENTS ET FOURNITURES TRACEURS 69
Liste de médicaments-traceurs de la GMME-C au Sénégal 69

ANNEXE 4. PROGRAMME DE FORMATION 71
Jour 1—Mardi 27 Août 71
Jour 2—Mercredi 28 Août 73
Jour 3—Jeudi 29 Août 75
Jour 4—Vendredi 30 Août 76

ANNEXE 5. REPARTITION DES SITES PAR DISTRICT 77
District de Thiès 77
District de Kaolack 78

ANNEXE 6. RESULTATS DES INDICATEURS DE LA GMME-C AU SENEGAL 81
Résultats pour les ménages 81
Résultats pour les prestataires et vendeurs de médicaments : Kaolack 89
Résultats pour les prestataires et vendeurs de médicaments : Thiès 96

Liste des Tableaux

Tableau 1. Nombres de grappes par district 11
Tableau 2. Répartition de l'échantillon par symptôme 15
Tableau 3. Distribution de l'échantillon des prestataires et vendeurs de médicaments, par type et en fonction de la zone urbaine 16
Tableau 4. Niveau de formation des répondants 17
Tableau 5. Distance entre les prestataires/vendeurs de médicaments et la structure sanitaire la plus proche 18
Tableau 6. Rapidité de la recherche de soins dans les cas de respiration rapide 19
Tableau 7. La première source de soins dans les cas de respiration rapide 20
Tableau 8. La première source de soins dans les cas de convulsions 21

Tableau 9. Disponibilité générale de médicaments spécifiques dans tous les points de distribution 22
Tableau 10. Disponibilité des médicaments spécifiques aux points de distribution selon le type de structure 23
Tableau 11. Indicateurs combinés de disponibilité 25
Tableau 12. Perceptions de la disponibilité de la chloroquine, du cotrimoxazole et des SRO 26
Tableau 13. Perception de la disponibilité dans les zones rurales et urbaines 26
Tableau 14. Les prix des médicaments-traceurs dans les points de distribution interrogés 28
Tableau 15. Perception du caractère abordable des prix de la chloroquine, du cotrimoxazole et des SRO 29
Tableau 16. Les sources d'approvisionnement des points de distribution de médicaments 30
Tableau 17. Pourcentage de soignants de l'enfant qui utilisaient des médicaments trouvés au domicile 30
Tableau 18. Sources d'approvisionnement en médicaments spécifiques utilisées par les soignants de l'enfant 32
Tableau 19. Sources d'approvisionnement utilisées par les soignants de l'enfant pour tous les médicaments 32
Tableau 20. Les pratiques de prescription ou de vente rapportées chez les prestataires et vendeurs de médicaments dans les cas d'IRA pas de pneumonie 33
Tableau 21. Les pratiques de prescription ou de vente rapportées chez les prestataires et vendeurs de médicaments dans les cas d'IRA (pneumonie) 34
Tableau 22. Les pratiques de prescription ou de vente rapportées chez les prestataires et vendeurs de médicaments dans les cas de paludisme 36
Tableau 23. Les pratiques de prescription ou de vente rapportées chez les prestataires et vendeurs de médicaments dans les cas de diarrhée 37
Tableau 24. Pourcentage de soignants de l'enfant utilisant de la chloroquine dans les cas de fièvre 39
Tableau 25. Les traitements administrés aux enfants ayant de la diarrhée 40
Tableau 26. L'administration de chloroquine, de cotrimoxazole et d'amoxicilline par les soignants de l'enfant 42
Tableau 27. Pourcentage de soignants de l'enfant qui ont indiqué avoir reçu de la part du prestataire ou vendeur de médicaments des instructions sur la durée du traitement 43
Tableau 28. Les doses de chloroquine et de cotrimoxazole indiquées par les prestataires et vendeurs de médicaments ayant indiqué qu'ils recommanderaient ces médicaments dans les cas hypothétiques qui leur étaient présentés 44
Tableau 29. Les pratiques de dispensation des prestataires et vendeurs de médicaments 45

REMERCIEMENTS

L'enquête sur la Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire (GMME-C) au Sénégal a été réalisée avec des fonds de l'Objectif Stratégique Global Nº 3 de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), son Bureau Afrique et sa Mission Sénégal. Les auteurs souhaitent remercier tout particulièrement le Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention du Sénégal pour son engagement et sa participation.

Les auteurs adressent leurs sincères remerciements à :

Dr. Idrissa Ndoye, Coordinateur de l'enquête GMME-C au Sénégal ;

toute l'équipe de l'Appui de base à l'institutionnalisation de la Survie de l'enfant (BASICS II) au Sénégal et l'équipe du Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest ;

Prof. Guelaye Sall, de la Division de l'Alimentation et de la Nutrition (DAN) ;

Dr. Ndèye Fatou Ndiaye Diaw, de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement ;

Mme Diagne Aichatou Diop, de la Direction de Soins de Santé Primaires ;

Dr. Antoine Ndiaye, du programme de Santé maternelle et Planning familial, Management Sciences for Health (MSH), Sénégal ;

aux médecins régionaux de Kaolack et de Thiès ;

aux médecins de district de Kaolack et de Thiès ;

aux superviseurs de l'enquête :

- Ndeye Lo, DAN, Dakar
- Rokhaya Ndiaye, de la Direction de la Pharmacie et du Médicament, Dakar
- El Hadj Diagne, région de Kaolack
- Amy Thiam, région de Kaolack
- Lamine Amadou Gueye, région de Thiès
- Rosine Wade, région de Thiès

Enfin les auteurs souhaitent profiter de cette opportunité pour exprimer leurs sincères remerciements à l'équipe des enquêteurs et à l'équipe des analystes des données ; et à John Chalker, Rima Shretta, Michael Derosena et Olya Duzey du MSH, Susan Zimicki, Lonna Shafritz, Youssef Tawfik et Annette Bongiovanni de l'Academy for Educational Development ; ainsi que Dennis Ross Degnan de l'Université de Harvard pour leur appui et leur soutien pendant cette enquête.

ACRONYMES

AED	Academy for Educational Development
BASICS	[Projet de l'] Appui de base à l'institutionnalisation de la Survie de l'enfant
CFA	Communauté Financière Africaine (franc CFA = unité monétaire)
CPC	connaissance, pratiques et couverture
DAN	Division de l'Alimentation et de la Nutrition
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DSSP	Direction de Soins de Santé Primaires
DST	directives standardisées de traitement
EDS	Enquête de Démographie et de Santé
ENDA	Environnement et Développement du Tiers-Monde
ESIS	Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé
GMME	Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant
GMME-C	Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire
IDB	Base de Données internationales (Bureau américain du recensement)
IRA	infection respiratoire aiguë
LME	liste des médicaments essentiels
MICS	enquête par grappes à indicateurs multiples
MSHP	Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention
MSH	Management Sciences for Health
ONG	organisation non gouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire
PHNIP	Projet des Informations sur la Population, la Santé et la Nutrition
PIC	Paquet Intégré de Communication
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
RAM	résistance anti-microbienne
RPM Plus	Programme de Gestion Rationnelle des Produits pharmaceutiques
SP	sulfadoxine/pyriméthamine
SRO	sels de réhydratation orale
SSSP	Superviseur de soins de santé primaires
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
USD	dollar américain

RESUME EXECUTIF

Les projets de survie de l'enfant qui tentent de réduire la mortalité infantile se focalisent sur l'identification des enfants malades et leur prise en charge précoce et appropriée par la communauté, pour limiter l'aggravation des maladies et faire ainsi reculer la mortalité. La disponibilité des médicaments, leur gestion et leur utilisation appropriées sont cruciales dans la stratégie de la Prise de Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Etant donné que la majorité des enfants ne reçoivent pas de traitement dans des structures sanitaires, mais plutôt des soins à domicile ou des soins délivrés par un prestataire du secteur privé, les efforts doivent se concentrer en priorité sur la disponibilité des médicaments essentiels – fournis soit par le secteur public, soit par le secteur privé – leur accessibilité à proximité du domicile de la famille et leur utilisation appropriée.

A la suite d'une évaluation récente du Programme de Gestion Rationnelle des Produits pharmaceutiques (RPM Plus) sur la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au Sénégal – étude menée essentiellement sur les structures sanitaires du secteur public – une nouvelle enquête a été effectuée par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention (MSHP) du Sénégal, en collaboration avec RPM Plus et BASICS II (le projet d'Appui de base à l'institutionnalisation de la Survie de l'enfant). Cette enquête s'est servie d'un nouvel instrument d'évaluation : le Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire (GMME-C). Si les questionnaires de l'enquête avaient déjà été testés sur le terrain, ce n'était pas le cas pour la méthodologie de l'enquête ni celle de l'échantillonnage. L'enquête a été menée dans les districts de Kaolack et de Thiès, entre août et octobre 2002.

Les principaux objectifs de l'enquête GMME-C au Sénégal étaient les suivants :

1. Identifier les forces et les faiblesses de la gestion des médicaments dans le cadre des maladies de l'enfant au niveau communautaire dans les districts de Thiès et de Kaolack ;

2. Orienter le développement d'interventions et la planification d'actions en faveur de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire (PCIME-C) et même les politiques nationales de gestion des médicaments ciblant les maladies de l'enfant ;

3. Evaluer l'efficacité des méthodes de formation, du choix des instruments, de la procédure d'échantillonnage, de l'analyse et des procédures liées en vue des révisions finales de l'instrument d'évaluation.

Dans chacun des deux districts, l'enquête a été effectuée sur 20 sites sélectionnés au hasard (en milieu urbain et en milieu rural). Les enseignants, tenant lieu d'enquêteurs, se sont servis des questionnaires pour conduire des entretiens dans les ménages avec les soignants de l'enfant de moins de cinq ans ainsi qu'avec les prestataires de soins de santé et les vendeurs de médicaments dans les communautés choisies. Tous les enfants couverts par l'enquête avaient été malades au cours des deux semaines précédant l'enquête, présentant des symptômes de paludisme (fièvre), de pneumonie (respiration rapide), d'infection respiratoire aiguë (IRA) pas de pneumonie (toux)

ou de diarrhée. Tous étaient guéris. Les ménages ont été sélectionnés au hasard et les prestataires de soins/points de vente de médicaments ont été sélectionnés par échantillonnage mixte, ciblé et aléatoire. Les soignants de l'enfant ont été interrogés sur la rapidité de leur recherche de soins, les lieux où ils se sont rendus dans leur recherche de soins et de médicaments, le type de médicaments obtenus et la manière dont ils ont été administrés. Parmi les prestataires et vendeurs de médicaments dans le cadre de l'enquête, figuraient des structures sanitaires publiques, des cases de santé communautaires, des cliniques et des pharmacies privées ainsi que des boutiques et des marchés du secteur informel. Les prestataires ont donné des informations sur leurs habitudes de prescription ou de vente, la disponibilité et le prix des médicaments, le type de médicament le plus vendu ou préparé pour certaines affections, leurs méthodes de dispensation et enfin leurs sources d'approvisionnement. Au total, 300 soignants de l'enfant et environ 130 prestataires ont été interrogés dans chaque district.

Les principaux résultats de l'enquête GMME-C

Les données recueillies portaient sur des indicateurs clés liés aux étapes suivantes de la gestion appropriée des médicaments au niveau de la communauté :

1. Le soignant de l'enfant reconnaît les symptômes que l'enfant présente.
2. Le soignant de l'enfant cherche rapidement une prise en charge auprès d'une source appropriée.
3. Le soignant de l'enfant obtient les médicaments appropriés.
4. Le soignant de l'enfant utilise correctement à la maison les médicaments appropriés.

Les résultats de l'enquête sont ici présentés séparément selon cette classification par étapes.

1. Le soignant de l'enfant reconnaît les symptômes que l'enfant présente

La plupart des soignants de l'enfant étaient conscients de la gravité de l'état de l'enfant souffrant de difficultés respiratoires (respiration rapide) ou de convulsions.

2. Le soignant de l'enfant cherche rapidement une prise en charge auprès d'une source appropriée

Si la plupart des soignants de l'enfant réagissent de manière appropriée, leur réaction n'est pas toujours immédiate. La plupart des soignants de l'enfant présentant des convulsions ou une respiration rapide ont pris les mesures nécessaires, en s'adressant à des structures sanitaires ou à des cliniques privées pour une prise en charge en dehors de la maison. Les soignants de l'enfant souffrant de convulsions ont réagi plus rapidement (dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes) que les soignants de l'enfant présentant des symptômes de pneumonie. Tous les cas de fièvre traités ont fait l'objet d'une administration de médicaments dans un délai recommandé (c'est-à-dire le premier jour de l'apparition des symptômes).

3. Le soignant de l'enfant obtient les médicaments appropriés

L'acquisition des médicaments appropriés par les soignants de l'enfant repose non seulement sur la disponibilité et le prix abordable des médicaments, mais également sur le niveau de connaissance des produits et les pratiques des prestataires de soins et des vendeurs de médicaments.

La disponibilité établie des médicaments oscillait entre « mauvaise » et « bonne » et on a pu observer des différences entre les deux districts. Il y avait par exemple davantage de médicaments disponibles dans les cases de santé et dans le secteur informel du district de Kaolack que dans ceux de Thiès. Sous forme de comprimés, la chloroquine et le cotrimoxazole étaient disponibles dans la plupart des structures enquêtées, même dans le secteur informel, mais l'étaient beaucoup moins sous forme de sirop. Les sels de réhydratation orale (SRO), au contraire, n'étaient que peu disponibles dans le secteur public et introuvables dans les pharmacies privées. La majorité des soignants de l'enfant ont indiqué pouvoir presque toujours trouver de la chloroquine ou du cotrimoxazole, ce qui semble correspondre à la disponibilité réelle de ces médicaments. En revanche, la moitié d'entre eux ont indiqué pouvoir obtenir des SRO non loin du domicile, alors que la disponibilité réelle de ce médicament n'atteignait pas un tel niveau. La connaissance des produits SRO semble insuffisante chez les soignants de l'enfant interrogés au cours de cette enquête.

Le caractère abordable du prix d'un médicament est un autre facteur de son accessibilité. Dans l'ensemble, les soignants de l'enfant estimaient que la chloroquine et le cotrimoxazole étaient plutôt abordables. Le prix de ces médicaments ne semble donc pas être un obstacle à leur accessibilité. L'enquête a fait apparaître d'importantes différences de prix, non seulement entre les secteurs, mais également entre les cases et les postes de santé ainsi que d'un district à l'autre.

Les principales sources d'approvisionnement des soignants de l'enfant étaient les structures sanitaires et les pharmacies privées. Moins de la moitié des soignants ayant traité leur enfant par chloroquine possédait ce médicament à la maison.

Les pratiques de prescription et de dispensation des prestataires de soins et des vendeurs de médicaments n'aident pas les soignants de l'enfant à obtenir le médicament approprié. Beaucoup de prestataires évoquaient la vente d'antibiotiques pour le traitement de la toux. De nombreux prestataires méconnaissent les symptômes clés de la pneumonie et sa prise en charge recommandée. Certains d'entre eux ne préconisaient pas la chloroquine en première intention dans le paludisme. Les prestataires interrogés au cours de l'enquête donnaient également des conseils inappropriés pour le traitement de la diarrhée non sanglante.

4. Le soignant de l'enfant utilise correctement à la maison les médicaments appropriés

D'une manière générale, les enfants ne recevaient pas le médicament approprié à leurs symptômes. Près d'un quart des enfants avec toux avaient reçu un traitement inutile par antibiotiques, administré par le soignant de l'enfant. Dans les cas de pneumonie, seul un enfant sur cinq était traité par cotrimoxazole, l'antibiotique de première intention au Sénégal pour cette affection. Le paludisme faisait l'objet d'une meilleure prise en charge, et pourtant la moitié seulement des enfants avec de la fièvre avaient reçu un traitement par chloroquine. Le traitement de la diarrhée simple était également mal connu des soignants de l'enfant, puisque deux tiers des enfants seulement avaient reçu plus de liquides que d'habitude et qu'un cinquième seulement avait reçu un traitement par SRO. Un enfant sur cinq s'était vu administrer des antibiotiques inutilement pour traiter une diarrhée simple, alors que moins d'un enfant sur cinq souffrant de diarrhée sanglante avaient reçu le traitement de première intention recommandé, le cotrimoxazole.

L'administration de médicaments aux enfants malades était loin d'être satisfaisante. Plus de 80 pour cent des enfants traités par chloroquine recevaient deux doses par jour, et un cinquième était traité au-delà des trois jours recommandés. Dans presque la moitié des cas où il était utilisé, le traitement par cotrimoxazole était administré pendant une période inférieure aux cinq jours indiqués et très peu d'enfants (moins de 25 pour cent) avaient reçu le traitement correct, deux fois par jour pendant cinq jours. Bien que les prestataires de soins et les vendeurs de médicaments semblent fournir souvent des informations aux soignants de l'enfant, il est possible que l'insuffisance et l'inexactitude de cette information viennent renforcer ces mauvaises pratiques d'administration médicamenteuse.

Conclusions

L'enquête a permis de tirer les conclusions suivantes, qui figurent dans l'ordre correspondant aux étapes mentionnées ci-dessus.

- Dans l'ensemble, les soignants de l'enfant réagissent dans un délai recommandé en cas de fièvre ou de convulsions, mais pas quand il s'agit de respiration rapide (le symptôme clé de la pneumonie).

- L'enquête montre que la disponibilité de certains médicaments comme la chloroquine et le cotrimoxazole est en général satisfaisante dans les structures enquêtées, mais à des niveaux inappropriés.

- Non seulement les SRO ne sont que peu disponibles, en particulier dans les pharmacies privées, mais on a constaté que les soignants de l'enfant ont une connaissance insuffisante de ces produits.

- La plupart des soignants de l'enfant se procurent des médicaments dans le secteur formel, ce qui montre que les interventions (du moins en ce qui concerne la santé de l'enfant) devraient être favorisées dans ce secteur.

- Peu de soignants de l'enfant traitent les cas de fièvre par la chloroquine, un fait plus prononcé en milieu rural qu'en milieu urbain.

- Dans l'ensemble, les soignants de l'enfant ne traitent pas la diarrhée de manière appropriée, c'est-à-dire avec des apports de liquides et/ou un traitement par SRO.

- Les soignants de l'enfant font rarement appel à des antibiotiques pour traiter la respiration rapide, mais ont tendance à les administrer trop facilement pour traiter une toux due à une IRA (pas de pneumonie).

- Les soignants de l'enfant n'administrent pas les médicaments correctement, qu'il s'agisse de la durée ou de la fréquence du traitement.

- Tous ces problèmes sont aggravés par les mauvaises pratiques des prestataires et vendeurs de médicaments. La plupart des prestataires de soins et des vendeurs de médicaments interrogés au cours de l'enquête ne semblaient pas suffisamment familiarisés avec les directives standardisées de traitement (DST) en vigueur, ni avec les posologies indiquées pour ces médicaments.

Bien que les principaux problèmes aient été identifiés, il est nécessaire d'approfondir certaines questions pour mettre en place les interventions appropriées. Par exemple, quels sont les facteurs qui pèsent sur le choix des médicaments que le soignant de l'enfant se procure — est-ce une ordonnance, le conseil d'un pharmacien ou d'un vendeur ou le choix personnel du soignant de l'enfant ? L'étude plus approfondie de ces facteurs permettra de formuler des messages ciblés adaptés à la population pour améliorer l'acquisition et le choix des médicaments par les soignants de l'enfant.

Quels sont les facteurs déterminant l'administration d'un médicament à un enfant malade – est-ce le niveau de connaissance ou d'expérience du soignant de l'enfant, la qualité de l'information donnée par le prestataire ou le fait que l'enfant guérisse ? Le problème de l'administration incorrecte de chloroquine deux fois par jour qui a été observé, vient, par exemple, d'une ancienne posologie qui est remplacée à présent par une prise unique par jour. Le fait que les prestataires et les soignants de l'enfant ignorent cette modification n'en rend que plus crucial l'effort de sensibilisation et d'information sur cette nouvelle posologie.

Recommandations

Les propositions d'interventions suivantes ont été regroupées selon le niveau ou le groupe ciblé. Il est conseillé de déterminer quels sont les problèmes prioritaires de façon à pouvoir cibler les interventions par ordre de faisabilité tout en permettant de résoudre au maximum les problèmes les plus urgents.

Les soignants de l'enfant

Un effort tout particulier doit s'adresser aux soignants de l'enfant, pour leur permettre de modifier leur comportement de prise en charge de l'enfant malade. En revanche, il est tout aussi essentiel d'insister sur le caractère positif de leurs comportements adéquats, comme la recherche de soins en dehors de la maison pour les cas graves de paludisme ou de pneumonie et la prise en charge des cas de paludisme sévère dans les plus brefs délais.

Comme pour toute intervention visant à modifier le comportement humain, l'étude de tous les différents facteurs d'influence est une condition sine qua non du changement. L'exploration à l'aide de méthodes qualitatives s'avère pertinente, car, en limitant le cadre de la recherche, elle permet d'approfondir les questions soulevées avec une approche pragmatique et directe. Au Sénégal, les décideurs et les directeurs de programmes peuvent être en mesure de comprendre ces facteurs décisionnels et le contexte dans lequel ils s'inscrivent pour la simple raison qu'ils sont généralement eux-mêmes concernés, soit directement, soit par l'intermédiaire d'amis ou de membres de leurs familles, et qu'ils sont souvent eux-mêmes des soignants de l'enfant, donc ils sont capables d'éclairer le processus des interventions.

1. Communiquer des messages destinés à modifier le comportement des soignants de l'enfant à travers les médias, les groupes communautaires locaux regroupant les chefs de villages, les groupes de femmes, les relais d'agents de santé, les organisations locales et autres mécanismes faisant partie du Paquet Intégré de Communication (PIC) ainsi que les prestataires eux-mêmes. Parmi les sujets qui ont besoin d'être abordés, citons :

    - l'identification des signes de danger
    - la rapidité et l'adéquation de la recherche de soins
    - la disponibilité des médicaments
    - la prise en charge de la fièvre par la chloroquine
    - la prise en charge de la diarrhée et l'utilisation des SRO
    - la prise en charge des cas de respiration rapide par antibiotiques (Bactrim)

2. Améliorer la qualité de l'information communiquée aux soignants de l'enfant en les invitant à exiger des prestataires une meilleure information sur la façon de prendre les médicaments. Cet effort peut considérablement bénéficier de l'appui des groupes de femmes et des agents de santé communautaires.

Les prestataires

Qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé, les prestataires sont des intermédiaires-clés en contact direct avec les soignants de l'enfant et se trouvent donc, dans une certaine mesure, capables d'influencer leur comportement ou du moins de renforcer certains messages. Pour ce faire, leurs propres pratiques devront néanmoins être améliorées. Ces interventions sont un ensemble de formation et de renforcement de capacité à travers la supervision et la conception d'aides mémoire aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé.

Le secteur public

3. Poursuivre le développement sur l'ensemble du pays des programmes de formation à la PCIME des agents de santé.

4. Former les agents des structures sanitaires du secteur public à la gestion de stock pour garantir la disponibilité des médicaments, notamment des SRO.

5. Renforcer les mécanismes de supervision et de monitoring semestrielle des structures sanitaires, y compris les cases de santé et les dépôts de districts, par des équipes cadre des districts, de manière à mieux contrôler la disponibilité des médicaments et leur utilisation appropriée. Privilégier les méthodes d'observation pour s'assurer que les prestataires relaient des informations appropriées sur les médicaments.

6. Améliorer la communication entre les agents de santé et les soignants de l'enfant. Un travail d'équipe avec des spécialistes de la communication peut permettre d'améliorer la qualité des messages transmis verbalement sur les modes d'administration médicamenteuse et de mettre en place une méthodologie d'écrire des posologies qui soient aisément comprises par tous les membres de la communauté.

7. Intégrer dans d'autres domaines d'activités des postes de santé, comme les soins prénataux, des messages encourageant l'utilisation et expliquant la préparation des SRO.

Le secteur privé

8. Organiser des journées d'information pour les pharmaciens du privé et autres prestataires de soins afin qu'ils se familiarisent avec les modèles de la PCIME et les directives standardisées de traitement nationales.

9. Prévoir la diffusion régulière d'un bulletin ou d'une lettre d'information publiée par l'ordre ou le syndicat des pharmaciens qui permettra de communiquer des informations aux pharmaciens du privé et à leurs équipes.

10. Mettre en place des sessions de formation et des visites d'information par l'intermédiaire de l'ordre et du syndicat des pharmaciens, en collaboration avec le MSHP et tenir des réunions régulières avec les différents groupes de pharmaciens locaux pour examiner des études de cas et des évaluations entre pairs.

11. Proposer des programmes de formation aux employés de pharmacie (vendeurs et vendeuses) par l'intermédiaire du MSHP, en collaboration avec l'ordre et le syndicat des pharmaciens, sur les maladies infantiles les plus courantes, leur prise en charge recommandée et la posologie indiquée, en insistant tout particulièrement sur la préparation et l'administration des SRO et sur les dangers de l'utilisation inappropriée d'antibiotiques.

12. Concevoir et diffuser des aides mémoire et des affiches à l'intention des employés de pharmacie et des soignants de l'enfant pour les informer sur l'administration adéquate des produits médicamenteux. Les grossistes de produits pharmaceutiques pourraient se charger de leur distribution.

13. Motiver les grossistes en produits pharmaceutiques (y compris, dans le secteur public, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement [PNA] et les dépôts de districts) pour qu'ils emballent les médicaments dans des sachets en plastique pouvant se refermer.

Politique nationale

Certaines interventions ne peuvent être mises en place qu'au niveau d'une politique nationale, de manière à faciliter leurs effets sur la gestion des médicaments au niveau communautaire. Les suggestions suivantes peuvent être utiles aux acteurs du MSHP et à leurs partenaires, y compris ceux du secteur privé.

14. Améliorer la disponibilité de la chloroquine au niveau local en autorisant et en facilitant sa distribution par les relais d'agents de santé.

15. Contrôler et équilibrer les différences des prix des médicaments dispensés par le secteur public, aussi bien entre les différents districts qu'entre les différents niveaux de soins.

16. Améliorer la disponibilité des traitements par SRO dans le secteur privé et en assurer la promotion par des voies de marketing social.

17. Pré-emballer les antipaludiques pour faciliter la prise de décision des prestataires et vendeurs vis-à-vis du dosage et l'administration par les soignants de l'enfant.

18. Développer un système de points de vente agréés (au niveau en dessous de la pharmacie) où le vendeur est dûment formé au conseil et à la vente de certains médicaments appropriés tels que les antipaludiques de première intention, les antipyrétiques et les SRO.

INTRODUCTION

La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

La stratégie de la PCIME a été créée en étroite collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) dans le but de réduire le taux mondial de mortalité infantile et le taux de morbidité en luttant contres les maladies de l'enfant les plus dévastatrices :

- l'infection respiratoire aiguë
- la diarrhée
- le paludisme
- la malnutrition
- la rougeole

La stratégie de la PCIME aide les agents de santé à diagnostiquer ces maladies, fournir des protocoles standardisés de prise en charge et de suivi et promouvoir des mesures de prévention. Avec la mise en place de programmes, chaque pays adoptant la stratégie de PCIME est en mesure d'adapter les prises en charge et les directives au contexte qui lui est propre, garantissant ainsi la disponibilité d'un traitement approprié au meilleur rapport coût/efficacité pour chaque diagnostic. La PCIME repose sur trois composantes :

1. la formation des agents de santé communautaires
2. le renforcement de systèmes de santé
3. l'établissement de comportements clés au sein des familles et des communautés

A ce jour et dans le monde entier, les efforts ont surtout porté sur le premier élément, la formation du personnel de santé, et c'est la troisième composante – l'établissement de comportements clés au sein des familles et des communautés qui fait maintenant l'objet d'un effort international. Quant à la deuxième composante, elle est souvent négligée dans de nombreux pays.

La Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant

Pour que la PCIME soit efficace, certaines conditions préliminaires sont indispensables : la disponibilité des médicaments et des fournitures médicales, leur gestion et leur utilisation appropriées. Celles-ci reposent en grande partie sur la deuxième composante de la PCIME. Ces conditions préliminaires ne concernent pas uniquement le secteur public, puisque la plupart des maladies de l'enfant font l'objet d'une prise en charge à la maison, avec des médicaments dispensés par des prestataires du secteur privé formel ou informel, et non pas uniquement dans les structures sanitaires publiques. Dans bien de ces cas, l'utilisation inappropriée de traitements antimicrobiens contribue largement à la propagation de la résistance anti-microbienne (RAM). Pour résoudre les problèmes de la gestion appropriée des traitements ciblant les maladies de l'enfant, il faut non seulement que les médicaments appropriés soient disponibles pour les

ménages localement au moment où ils en ont besoin, mais aussi garantir leur accessibilité et leur administration appropriées. L'identification et la prise en charge précoce et appropriée des maladies dans la communauté permettent de limiter leur aggravation et de réduire la mortalité. Des actions limitées au secteur public n'auront qu'un faible impact, dans la mesure où elles risquent de ne pas toucher les ménages et les prestataires et vendeurs de médicaments du secteur privé.

Conscient du rôle crucial des médicaments dans la prise en charge des maladies de l'enfant, RPM Plus a créé et mis en place un instrument d'évaluation des forces et des faiblesses de la disponibilité des médicaments dans le secteur public : la Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant. Cet instrument d'évaluation contribue à la deuxième composante de la PCIME (le renforcement des structures de santé). Pourtant, comme nous l'avons constaté, la gestion des médicaments dépasse largement le cadre du secteur public. C'est fort de ce constat que RPM Plus, financé par l'USAID en collaboration avec l'Academy for Educational Development (AED) et l'Université de Harvard, étudie la mise au point d'un outil d'évaluation de la GMME-C qui permette d'étudier les pratiques des soignants de l'enfant et des patients au sein de la communauté ainsi que celles des prestataires auxquels ils font appel pour se procurer des médicaments. A l'aide de cet instrument, les responsables de santé au niveau des districts, les directeurs de programmes et les décideurs en matière de politique nationale et régionale, seront en mesure d'identifier et d'étudier les problèmes de gestion des médicaments au niveau communautaire, en observant directement les pratiques des ménages et des prestataires. Pragmatiques et directs, les questionnaires de cet instrument d'enquête peuvent être utilisés par le personnel non médical et les membres des communautés locales, comme les enseignants et le personnel des organisations non gouvernementales (ONG). Ces questionnaires ont été pré-testés sur le terrain en Zambie en janvier 2002. Les données de ces questionnaires peuvent être analysées directement par les équipes de santé de district, les équipes de programmes nationaux ou le personnel des ONG. Cet instrument d'évaluation fournit des données directement liées à la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire. Bien qu'il s'apparente sous bien des aspects aux Enquêtes de Démographie et de Santé (EDS) et aux enquêtes de connaissance, pratiques et couverture (CPC), la GMME-C se distingue par sa facilité d'emploi et couvre des éléments plus précis des pratiques de gestion des médicaments aussi bien auprès des ménages et des soignants de l'enfant qu'au niveau des prestataires qui administrent ou dispensent les médicaments.

L'instrument d'évaluation GMME-C se sert d'indicateurs pour identifier les atouts et les carences de la gestion des médicaments au niveau communautaire ; il fournit ainsi une méthode de surveillance systématique pour contrôler l'impact des interventions menées auprès des prestataires de soins et des soignants de l'enfant pour renforcer la gestion et l'administration appropriées des médicaments.

L'instrument d'évaluation de la gestion appropriée des médicaments au niveau communautaire s'articule sur un schéma cyclique, au centre duquel évolue le soignant de l'enfant :

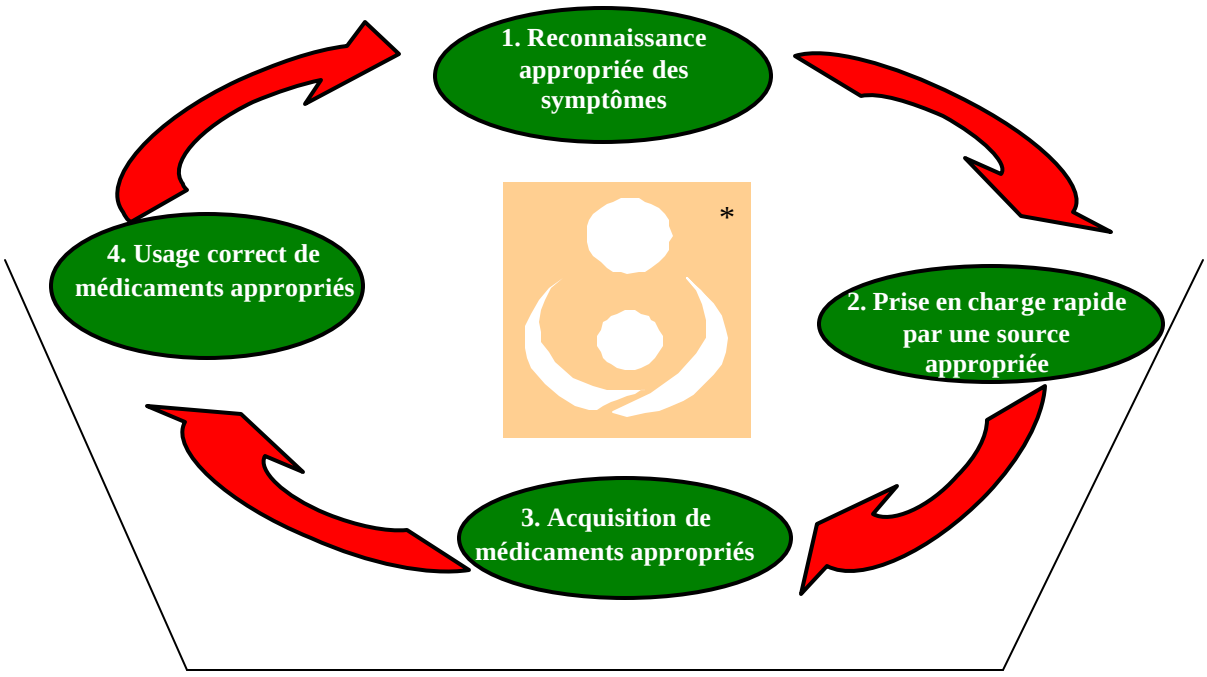
- Le soignant de l'enfant reconnaît les symptômes que l'enfant présente.

- Le soignant de l'enfant cherche rapidement une prise en charge auprès d'une source appropriée.

- Le soignant de l'enfant obtient les médicaments appropriés.

- Le soignant de l'enfant utilise correctement à la maison les médicaments appropriés, c'est-à-dire selon le protocole approprié (posologie, fréquence, durée).

Ces étapes sont représentées sous forme imagée dans le schéma 1. Ce cycle est une adaptation du cycle de gestion de médicaments (MSH 1997) mais les différentes étapes ont été adaptées au niveau communautaire. L'enfant et son soignant figurent au centre du cycle.



*Symbole du programme BASICS II. Reproduit avec l'autorisation du programme.

Schéma 1. Cadre d'une gestion appropriée des médicaments au niveau communautaire

Certaines responsabilités incombent au prestataire ou au vendeur de médicaments et ceux-ci doivent agir pour permettre au soignant de l'enfant de réaliser un cycle complet. Le prestataire :

- assure la disponibilité des médicaments appropriés à un prix abordable ;

- juge la capacité du soignant à reconnaître des symptômes et son habilité à prendre les mesures appropriées ; si nécessaire, il instruit le soignant de l'enfant ;

- évalue la gravité des symptômes ;
- prescrit, dispense et conseille l'administration de médicaments appropriés ; ou dirige le soignant de l'enfant vers des prestataires de soins de référence ;
- fournit des informations appropriées, des instructions, des conseils et des étiquettes expliquant la posologie ;
- évalue les signes pouvant indiquer l'échec du traitement et/ou dirige le soignant de l'enfant vers des structures plus appropriées.

La situation sanitaire au Sénégal

La population du Sénégal, Afrique occidentale, estimée en 2000 à 10 284 929 millions d'habitants par le bureau américain du recensement (Base de Données Internationale [BDI] publiées par le Projet des Information sur la Population, la Santé et la Nutrition [PHNIP] en 2002) a une densité d'environ 47 habitants au km^2 (ESIS 1999). Le taux de croissance de la population est de 2,9 pour cent (BDI 2000, cité dans le PHNIP en 2002). En 1990, on estimait que 54 pour cent de la population vivait dans des conditions de pauvreté absolue (OMS 1999), ce qui augmente considérablement les risques de malnutrition et de maladies de l'enfant.

Selon le MSHP, les enfants de moins de cinq ans représentent 19 pour cent de la population totale. Les taux de mortalité infantile et de mortalité juvénile ont considérablement baissé depuis dix ans. Le taux de mortalité infantile est passé de 72,8 pour mille naissances d'enfants vivants en 1990 à 55 pour mille en 2002 et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 147,9 pour mille naissances d'enfants vivants en 1990 à 106,7 pour mille en 2001 (IBD 2000, cité dans le PHNIP en 2002). Même si les chiffres peuvent varier selon les sources — une enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS-II) indiquait par exemple que le taux de mortalité infantile de 76 en 1990 serait tombé à 70,1 en 2000 — la tendance demeure la même. En dépit de l'ampleur appréciable de cette baisse, les taux de mortalité infantile et juvénile restent alarmants.

D'après la DAN (Division de l'Alimentation et de la Nutrition du MSHP), les principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans sont l'IRA pneumonie (23 pour cent), la diarrhée (21 pour cent), le paludisme (9 pour cent) et la rougeole associée à la malnutrition (20 pour cent). D'après le programme national de la lutte contre le paludisme, sur le nombre total des enfants présentés en consultation externe et admis à l'hôpital en 2000, les taux de mortalité et de morbidité dues au paludisme seraient respectivement de 35 et 27 pour cent (communications personnelles avec les auteurs).

L'Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (ESIS 1999) brosse un tableau de la prévalence de certaines maladies graves chez l'enfant. Du total des enfants de moins de cinq ans concernés par l'enquête 21 pour cent souffraient de diarrhée dans le courant des deux semaines précédant l'enquête. On estime que chaque enfant de moins de cinq ans avait souffert de plusieurs épisodes diarrhéiques, avec une nette prévalence de l'affection dans les zones rurales

comme la région de Kaolack (ESIS 1999). Des enfants de moins de cinq ans 45 pour cent avait eu de la fièvre (signe de paludisme au Sénégal) pendant les deux semaines précédant l'enquête (ESIS 1999). On estime qu'en moyenne, chaque enfant souffre de 1,5 à 3 épisodes de paludisme par an et cette affection est la cause de 25 pour cent des décès des enfants âgés de 6 mois à 5 ans. La prévalence des IRA pneumonie est de 6,6 pour cent, avec un taux plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (MICS-II 2000).

Ce taux élevé de mortalité infantile, en particulier dans les zones rurales, et son effet dévastateur sur le développement économique et social ont poussé le MSHP à adopter la stratégie de la PCIME de l'OMS et de l'UNICEF pour intensifier ses efforts de lutte contre la mortalité et la morbidité infantiles. La PCIME assure la mise en place de programmes ciblés vers les enfants en concentrant ses efforts sur les principales causes de la mortalité des moins de cinq ans. Un gros effort a porté sur la première composante de la PCIME : la compétence des agents de santé. Depuis 2000, les agents de santé de plusieurs districts ont reçu une formation et la PCIME est mise en place et progressivement étendue à tout le pays. Le MSHP poursuit également l'intégration des actions de santé au niveau communautaire, en ciblant les pratiques des ménages et les pratiques communautaires, ce qui correspond à la troisième composante, la PCIME-C.

Un des objectifs du plan stratégique national de développement de la santé est la réduction de la mortalité infantile avec l'élargissement de l'accès aux soins par la généralisation des soins de santé primaires, la décentralisation des services au niveau du district, le développement des activités communautaires et l'utilisation d'approches comme la PCIME. Les infrastructures sanitaires sont décentralisées et peuvent se concevoir comme une structure pyramidale à trois niveaux : au niveau inférieur se situent les centres de santé, les postes et cases de santé et les relais d'agents de santé communautaires ; le niveau intermédiaire regroupe dix hôpitaux régionaux et deux hôpitaux départementaux ; au sommet de la pyramide figurent les sept hôpitaux nationaux. En raison du taux de croissance de la population, les structures sanitaires ne peuvent pas couvrir l'ensemble des besoins de la population et des iniquités existent, en particulier dans les zones rurales les plus pauvres. Au Sénégal, le secteur privé couvre une large part des services de santé. Il se compose essentiellement de cliniques privées, de dispensaires et de pharmacies. Il existe également un marché informel et illicite des médicaments.

La Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant au Sénégal

La capacité fonctionnelle du système de santé joue aussi un rôle déterminant dans l'efficacité de la PCIME. Le MSHP a pris conscience que ces agents de santé ne pouvaient mettre en pratique leur formation que si les médicaments et fournitures médicales nécessaires étaient disponibles sur leurs lieux de travail. En 2001, une enquête de GMME (Briggs et al. 2002) a été réalisée par le MSHP, en collaboration avec RPM Plus et BASICS II, pour évaluer la disponibilité et l'utilisation des médicaments dans la prise en charge des maladies de l'enfant et identifier les points forts et les limites du système. L'enquête portait principalement sur le secteur public et a permis d'identifier des problèmes de distribution des médicaments vers les structures de santé périphériques, ainsi que leur utilisation inappropriée, en particulier celle des antibiotiques et surtout dans les districts où la PCIME n'avait pas été mise en place. Malgré des simulations

d'achats effectuées dans des pharmacies privées destinées à évaluer les pratiques de vente, aucune information solide n'a été obtenue sur la disponibilité des médicaments.

Comme dans beaucoup de pays africains, les Sénégalais utilisent les services du secteur public pour la prise en charge de leur enfant malade, mais ils sont également nombreux à avoir recours aux soins à la maison ou à se procurer des médicaments dans le secteur privé. Au Sénégal, le secteur privé se compose de cliniques privées et de pharmacies pour le secteur formel, ainsi que de boutiques, de vendeurs aux marchés fixes et hebdomadaires et de vendeurs itinérants. C'est pour cette raison qu'une évaluation qui ne serait basée que sur le secteur public ne tiendrait pas compte de ces éléments, alors qu'ils représentent une proportion non négligeable des sources d'approvisionnement en médicaments pour la communauté. La santé de l'enfant dépend donc aussi bien du comportement des soignants de l'enfant au moment de l'apparition des symptômes et de la prise en charge de l'enfant malade, que des pratiques des prestataires et vendeurs de médicaments au sein de la communauté. Les données concernant les pratiques de gestion des médicaments au sein des communautés étaient donc indispensables pour que le MSHP puisse planifier et mettre en place la PCIME-C au Sénégal.

RPM Plus a apporté son soutien technique au MSHP et à BASICS II en effectuant une enquête à l'aide d'un nouvel instrument d'évaluation de la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire. Si les questionnaires de l'enquête avaient déjà été testés sur le terrain, ce n'était pas le cas pour la méthodologie de l'enquête ni celle de l'échantillonnage. L'enquête qui a été menée entre août et octobre 2002 comportait une phase de préparation et une phase d'analyse ; la collecte des données a eu lieu dans les districts de Kaolack et de Thiès en septembre 2002.

Les principaux objectifs de l'enquête GMME-C au Sénégal étaient les suivants :

1. Identifier les forces et les faiblesses de la gestion des médicaments dans le cadre des maladies de l'enfant au niveau communautaire dans les districts de Thiès et de Kaolack ;

2. Orienter le développement d'interventions et la planification d'actions en faveur de la PCIME-C et même guider les politiques nationales de gestion des médicaments ciblant les maladies de l'enfant ;

3. Evaluer l'efficacité des méthodes de formation, du choix des instruments, de la procédure d'échantillonnage, de l'analyse et des procédures liées en vue des révisions finales de l'instrument d'évaluation.

METHODOLOGIE

L'instrument d'évaluation de la GMME-C

L'instrument d'évaluation de la GMME-C se divise en deux principaux volets : l'un à l'usage des points de vente et des prestataires de soins et l'autre utilisé au niveau des ménages pour interroger les soignants principaux d'enfants récemment malades.

Le volet au niveau de ménages évalue la rapidité de mise en route de la prise en charge, les sources d'approvisionnement en médicaments, le choix et le bon usage des médicaments et la façon dont est perçue l'accessibilité à certains médicaments. Ce questionnaire est soumis aux soignants des enfants qui ont eu, dans les deux semaines qui précèdent l'enquête, de la fièvre ou des convulsions (symptômes respectifs de paludisme simple et sévère), de la toux ou une respiration difficile/rapide (symptômes respectifs de IRA simple et de pneumonie), ou de la diarrhée (simple et/ou sanglante). Seuls les soignants dont les enfants sont guéris peuvent participer à ce programme. On leur pose des questions au sujet de la maladie récente, de la réaction du soignant de l'enfant et des médicaments pris par l'enfant. Pour bien identifier les médicaments, on demande au soignant de l'enfant de citer le nom ou de montrer l'emballage du médicament donné à l'enfant malade. La perception de l'accessibilité est définie par des questions générales sans rapport avec les épisodes récents, en utilisant le nom courant des médicaments étudiés.

Au niveau des prestataires de soins/points de vente des médicaments, l'instrument évalue le traitement (c'est-à-dire le choix du médicament prescrit ou vendu et l'orientation vers un spécialiste) à l'aide de scénarios hypothétiques concernant des enfants malades et de questions sur le mouvement des stocks, la disponibilité d'un médicament, son emballage et son coût. Ce questionnaire est soumis aux prestataires de soins et aux vendeurs de médicaments du secteur formel (par exemple aux structures sanitaires, aux pharmacies agréées et aux agents de santé communautaires) comme du secteur informel (par exemple dans les boutiques et auprès des vendeurs du marché).

Les deux volets de l'instrument fournissent des indicateurs qui permettent d'identifier les problèmes et éventuellement de mesurer le changement après les interventions. On peut voir en Annexe 1 ces indicateurs qui sont regroupés dans le cadre de la gestion des médicaments au niveau communautaire.

Phase de préparation

Plusieurs parties impliquées dans cette enquête venaient de différents départements et divisions du MSHP, au niveau central, dont la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, la Division de l'Alimentation et de la Nutrition, la Direction de Soins de Santé Primaire (DSSP) et BASICS II. Plusieurs réunions ont été organisées avec les parties impliquées avant le début de l'enquête pour les informer efficacement sur l'instrument et les résultats qui pourraient en découler ainsi que pour organiser concrètement

la mise en œuvre de l'enquête. Une liste des principaux collaborateurs se trouve en Annexe 2. Au niveau central, le MSHP a sélectionné les deux districts à étudier et a contacté le bureau régional de santé ainsi que les bureaux de districts pour les informer et obtenir leur approbation et leur autorisation. Par la suite un coordinateur d'enquête a rendu visite au bureau régional et à chaque bureau de district pour leur expliquer plus en détail l'enquête et organiser la logistique.

Adaptation de l'instrument et préparation

Avant de leur utilisation au Sénégal, mais après une phase initiale de développement et de révision en anglais, les deux questionnaires ont été traduits en français puis révisés localement et adaptés au contexte sénégalais. Les questionnaires ont ensuite été pré-testés durant les sessions de formation des superviseurs et des enquêteurs et révisés en conséquence avant d'être utilisés dans la collecte de données de l'enquête actuelle.

Pour s'assurer que les données recueillies auprès des prestataires et vendeurs de médicaments comprenaient bien les informations sur la disponibilité à la fois des médicaments essentiels et des médicaments "inappropriés" pour le traitement des maladies visées par l'enquête, les chercheurs ont établi une liste de médicaments-traceurs à utiliser avec le questionnaire. La liste était fondée sur les directives standardisées de traitement et sur les habitudes locales de prescription, de dispensation et de consommation. La liste de médicaments-traceurs comprenait des médicaments clés, aussi bien ceux des DST nationales de la PCIME que les médicaments les plus couramment prescrits, vendus ou utilisés contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée de l'enfant, y compris certains médicaments jugés "inappropriés" pour ces maladies chez l'enfant. La liste des médicaments-traceurs se trouve en Annexe 3. La liste comprenait les médicaments génériques ainsi que deux ou trois noms commerciaux connus pour aider les vendeurs non-qualifiés et les agents de santé qui auraient pu ne pas reconnaître les noms génériques (par ex. cotrimoxazole : Bactrim, Cotrex). Les noms les plus courants ont également été utilisés dans l'enquête auprès des ménages pour interroger le soignant de l'enfant de façon générale sur la perception qu'il avait de la disponibilité des médicaments clés — par exemple, "Pouvez-vous toujours trouver du Bactrim là où vous habitez?"

Un aide-mémoire pour identifier les comprimés a été élaboré sous forme de carte dans l'enquête auprès des ménages. La carte montrait les différentes formes et tailles des comprimés les plus souvent rencontrés, afin de faciliter l'identification du médicament dans le cas où aucun comprimé ni emballage ne pouvait être montré à l'enquêteur et où le soignant de l'enfant ne connaissait pas le nom du médicament

Ressources humaines

RPM Plus/BASICS II et le MSHP ont recruté un pharmacien comme coordinateur de recherche pour superviser toutes les phases de l'enquête ; il était assisté d'un adjoint administratif.

Le MSHP s'est chargé d'affecter les ressources humaines nécessaires pour la supervision de la collecte de données et à la phase d'analyse en désignant deux superviseurs (sur six) provenant du niveau central et chacun des médecins régionaux des deux districts visés par l'enquête a désigné deux autres superviseurs. On trouve la liste des personnes retenues en Annexe 2.

Superviseurs

Les deux régions ont nommé les superviseurs régionaux (superviseurs de soins de santé primaires [SSSP]) de Kaolack et de Thiès, un superviseur d'éducation sanitaire (Kaolack), et un superviseur pour la recherche et la formation (Thiès). Il y avait aussi deux superviseurs au niveau central, l'un venant de la DAN et l'autre venant de la DPM. Les superviseurs avaient pour mission de préparer les sites d'enquête en les informant et en obtenant l'approbation des chefs de villages et de quartiers, de faciliter la formation des enquêteurs, de superviser la collecte de données elle-même, de vérifier que les questionnaires soient complets et précis, et de surveiller l'analyse des données.

Les enquêteurs

Trente enseignants ayant peu ou pas d'expérience ont été recrutés (15 de Kaolack et 15 de Thiès) en passant un entretien de présélection pour la formation d'enquêteurs. Le but était de retenir pour la collecte de données ceux qui se révélaient les plus compétents pendant la formation. On a retenu 22 enquêteurs (présentés dans l'Annexe 2) ; 11 pour chaque district (7 enquêteurs pour les ménages et 4 enquêteurs pour les prestataires par district). Les enquêteurs devaient effectuer une session de formation de quatre jours dans un lieu central puis de mener deux semaines de collecte de données dans leurs districts d'origine.

Les analystes

Sur chaque site (Kaolack et Thiès), le médecin régional a sélectionné deux analystes de données (l'un pour les données des ménages et l'autre pour les données des prestataires) pour effectuer la compilation et la mise en tableau manuelle des données, à l'aide d'un manuel d'instruction. A Kaolack, les analystes venaient du bureau de santé du district, l'un était l'administrateur et l'autre était le SSSP du district. A Thiès, les deux analystes venaient du bureau régional de statistiques car il n'y avait pas de personne disponible dans le bureau de santé régional ou dans celui du district. On trouve la liste des analystes en Annexe 2.

Formation

Les superviseurs ont participé, à Dakar, à une session de quatre jours de préparation et de pré-test des instruments de collecte de données et des procédures d'échantillonnage. La préparation comportait une présentation générale du sujet et des objectifs de l'enquête ainsi qu'un examen des techniques pour noter les entretiens. Les instruments de collecte de données ont été soigneusement examinés et révisés et une première traduction en Wolof a été rédigée. Après quelques exercices de jeu de rôle, deux exercices de pré-test ont été menés dans un environnement urbain (Rufisque) et dans un environnement plus rural (Sangalcam). Après ces exercices, les dernières révisions ont été apportées aux instruments et à la méthodologie de sélection des répondants. Le processus de "nettoyage" de données et la précision des vérifications ont été discutés, des sites d'enquête ont été sélectionnés au hasard et la formation des enquêteurs et le calendrier de la collecte des données ont été établis.

La session de formation des enquêteurs à Kaolack a aussi duré quatre jours y compris deux jours de pratique sur le terrain dans un environnement urbain et rural (respectivement Guingueneo et Kahone). (Le programme est présenté en Annexe 4). Le coordinateur de l'enquête, les superviseurs et le personnel de RPM Plus ont contribué à la réalisation de cette formation. Les enquêteurs ont été réunis tous ensemble pour la formation de la première demi-journée puis divisés en deux groupes, un pour chaque type de questionnaire (ménages ou points de vente des médicaments), pour la suite de la formation. La formation faisait appel à diverses méthodes : discussions de groupe, discussions plénières, brainstorming, jeu de rôle et sessions pratiques sur le terrain. Les participants de chaque groupe sont tombés d'accord sur la traduction des questionnaires en Wolof. La traduction n'a pas été écrite mais les enquêteurs se sont mis d'accord verbalement ; les questionnaires ont été laissés en français. A l'issue de la session de formation, les enquêteurs sont retournés dans leurs districts pour commencer la collecte.

Les analystes ont été formés pendant deux jours à Thiès à la fin de la première semaine de collecte de données. Le premier jour, ils ont été informés du but de l'enquête et du rôle des analystes. Les stagiaires ont alors reçu les manuels d'analyse à examiner, toutes les réponses à leurs questions, il leur a ensuite été demandé de suivre les instructions du manuel et de réaliser des mises en tableaux choisies en utilisant quelques uns des questionnaires des premiers jours de collecte. Le deuxième jour, les analystes se sont réunis pour comparer leurs résultats et discuter des problèmes rencontrés.

Echantillonnage de l'enquête

L'enquête a été menée dans des environnements urbains et ruraux dans les districts de Kaolack et de Thiès. Le MSHP a choisi ces districts parce que la mise en œuvre des activités de la PCIME-C était une priorité dans ces deux districts et qu'ils avaient un profil géographique et démographique similaire. Aussi, un district avait déjà été étudié dans la précédente enquête de la GMME.

La méthode d'échantillonnage par grappes a été utilisée pour déterminer les sites d'enquête dans chaque district. Il fallait trouver vingt grappes dans chaque district. Les districts de recensement d'environ 800 à 1 000 habitants, ou bien des quartiers de taille similaire dans les zones urbaines, ont servi d'unité de sondage et l'équipe de recherche a sélectionné, au hasard, 20 grappes dans chaque district. Le nombre de grappes rurales ou urbaines sélectionnées était proportionnel à la répartition de la population dans chaque district telle qu'elle apparaissait dans le dernier recensement connu (1988) du Bureau de Statistiques du Sénégal, moyennant quelques corrections faites selon une classification plus récente rapportée par des informateurs locaux (Tableau 1).

Tableau 1. Nombres de grappes par district

District	Pourcentage de population en zone urbaine	Nombre de grappes urbaines	Pourcentage de population en zone rurale	Nombre de grappes rurales	Nombre total de sites
Kaolack	64	13	36	7	20
Thiès	64	13	36	7	20

Le nombre requis de grappes a été choisi au hasard dans l'univers des districts de recensement ou des quartiers de chaque district et on trouve dans l'Annexe 5 l'échantillon qui en résulte. La structure de chaque grappe rurale est faite typiquement de multiples villages et hameaux, ce qui affecte la sélection des répondants des ménages décrite ci-dessous.

L'échantillon des ménages et sa sélection

Le but de la méthode d'échantillonnage était d'effectuer 300 entretiens par district, soit 15 entretiens par grappe. Dans les grappes urbaines, les 15 entretiens étaient tous menés dans un quartier. Dans les grappes rurales, les 15 entretiens étaient répartis parmi les villages et les hameaux de la grappe, proportionnellement au nombre d'habitants des divers villages et hameaux d'un district de recensement donné. Par exemple, si 60 pour cent de la population vivait dans les villages et 40 pour cent dans les hameaux, 9 entretiens devaient être menés dans les villages et 6 dans les hameaux, soit un total de 15.

En environnement urbain, sur une équipe de trois ou quatre enquêteurs, certains commençaient leur recherche de répondants éligibles à la périphérie du quartier tandis que les autres commençaient au centre. Dans les sites ruraux comprenant de nombreux villages et hameaux, l'équipe partageait le nombre d'entretiens entre les différents villages et hameaux selon la répartition de population précédemment décrite. Tous les enquêteurs partaient dans différentes directions, cherchant des répondants éligibles dans des foyers en respectant un intervalle prédéterminé de quatre à huit maisons, la taille de cet intervalle étant fonction de la densité de population. Pour être éligible les répondants devaient :

- avoir à la maison un enfant de moins de cinq ans qui avait été malade dans les deux semaines précédentes mais qui était alors guéri
- avoir soi-même soigné cet enfant pendant sa maladie

Quand plusieurs enfants d'un ménage répondaient au premier critère, les enquêteurs devaient poser des questions sur le plus jeune.

Sélection des prestataires de soins/points de vente de médicaments

Le but de la méthode d'échantillonnage était de mener jusqu'à 10 enquêtes auprès des prestataires/points de vente de médicaments par grappe (pour arriver à 200 enquêtes), là où c'était possible, le but étant d'atteindre 20 à 40 enquêtes par catégorie. Dans l'enquête auprès des prestataires/points de vente il y a cinq catégories de points de distribution :[1]

1. structures sanitaires publiques et privées
2. pharmacies
3. boutiques
4. fournisseurs de médicaments agréés (par ex. les agents de santé communautaires)
5. autres personnes (par ex. vendeurs de rue ou de marché)

Dans chaque site l'enquête auprès des prestataires avait lieu le lendemain du passage de l'équipe enquêtant sur les ménages. Dans chaque site, la sélection des prestataires/points de vente reposait sur une approche sur trois fronts. Tout d'abord, les informations du MSHP au niveau central, régional ou de district permettaient d'établir une liste de tous les prestataires/points de vente des catégories 1, 2 et 4. La liste des structures sanitaires et pharmacies privées communiquée par la DPM était complétée au niveau du district grâce aux informations locales disponibles à jour. D'autres prestataires étaient ajoutés à la liste dans une certaine grappe s'ils avaient été identifiés par l'enquête des ménages la veille. Par exemple, plusieurs boutiques et vendeurs de marché ont été identifiés de cette façon. Puis, en arrivant sur un site, les enquêteurs demandaient à des personnes de la communauté où ils achetaient ou se procuraient des médicaments. Si de nouveaux lieux ou de nouveaux vendeurs étaient indiqués, ils étaient également ajoutés à la liste. Les prestataires/points de vente situés à plus de 20 kilomètres du site de l'enquête et cités par une seule personne n'étaient pas ajoutés à l'échantillon. Quand il y avait quatre prestataires/points de vente dans une catégorie donnée, ils étaient tous interrogés. S'il y en avait plus de quatre, ceux à interroger étaient sélectionnés au hasard. Il était donc impossible de fixer un objectif à atteindre, puisque l'échantillon de prestataires dépendait de leur nombre et de leur fréquentation par la population.

Collecte de données

La collecte de données a eu lieu dans les districts de Kaolack et de Thiès sur une période de deux semaines du 1er au 13 septembre 2002. Dans chaque district, les enquêteurs auprès des ménages ont été répartis en deux équipes (de quatre personnes pour le secteur rural et de trois pour le secteur urbain) pour l'enquête auprès des ménages. L'enquête auprès des prestataires était conduite par deux équipes de deux enquêteurs dans chaque district, une pour la zone rurale et une pour la zone urbaine. Chaque équipe couvrait une grappe par jour et chaque enquêteur menait des entretiens individuels. Chaque équipe avait des véhicules à sa disposition et un superviseur accompagnait chaque équipe pendant toute la collecte. Comme l'échantillonnage des points de vente dépendait des informations recueillies par l'enquête auprès des ménages, celle-ci commença un jour avant l'enquête des prestataires. Dans chaque district, la collecte de données a

[1] Dans cette évaluation pour faciliter notre discours nous référons quelquefois à l'ensemble des structures sanitaires et autres points de vente de médicaments comme des « points de distribution ».

eu lieu pendant 12 jours sur une période de deux semaines. Beaucoup de villages étaient difficiles à trouver et les équipes rurales ont souvent employé des guides.

Dans l'enquête auprès des ménages, les entretiens ont eu lieu avec le soignant principal de l'enfant et quand plusieurs personnes s'occupaient de décider des soins ou de les administrer, elles participaient toutes. Dans l'enquête auprès des prestataires, les enquêteurs soumettaient les parties de questionnaires concernant les décisions de traitement aux responsables de telles décisions et les parties de l'instrument concernant la gestion des stocks à ceux qui en étaient chargés. Dans certains cas (par ex. les pharmacies) le répondant était la même personne, et dans d'autres (centres ou postes de santé), il pouvait s'agir de deux personnes différentes, chacune répondant selon son rôle.

Le traitement des données et leur analyse

Avant de commencer l'analyse, les questionnaires ont été codés et les superviseurs de l'enquête ont vérifié qu'ils étaient complets (nettoyage). Les superviseurs ont essayé d'identifier le nom des médicaments dont les répondants ne se souvenaient plus des descriptions des médicaments et ensuite le coordinateur de recherche a fait de même avant de transmettre les questionnaires aux analystes. Les noms des médicaments n'ont été retenus que lorsque leur identification est certaine. Le coordinateur a effectué une vérification finale avant l'analyse des questionnaires. L'analyse s'est déroulée sur une période de trois semaines du 23 septembre au 11 octobre 2002. L'analyste a effectué une mise en tableau manuelle en utilisant des tableaux préparés à l'avance pour le calcul des indicateurs.

Pour évaluer le processus d'analyse et vérifier les résultats, on a utilisé les programmes d'analyses statistiques par ordinateur (SPSS et SAS) à Washington, D.C.

Une première esquisse des résultats a été présentée lors d'un atelier en février 2003 aux parties impliquées ; à cette occasion une présentation et une interprétation plus approfondies des résultats ont permis d'engager une discussion entre les partenaires clés sur la programmation et les interventions à prévoir.

INTERPRETATION DES RESULTATS

Description de l'échantillon

Les ménages

L'échantillon des soignants de l'enfant comptait 300 ménages dans chaque district. Comme nous l'avons indiqué, le rapport zone rurale/zone urbaine de l'échantillon reflète la répartition démographique de ces deux milieux. Dans les deux districts de Kaolack et de Thiès, 195 questionnaires ont été complétés dans les 13 grappes urbaines et 105 questionnaires dans les 7 grappes rurales.

La répartition de l'échantillon selon le sexe de l'enfant était relativement identique dans les deux districts (52 pour cent de garçons à Thiès contre 54 pour cent à Kaolack), tout comme la répartition par tranche d'âge (68 pour cent des enfants du district de Kaolack était âgé de moins de trois ans, contre 75 pour cent dans le district de Thiès). La répartition des symptômes que présentait l'enfant figure dans le tableau 2. Puisqu'un enfant pouvait présenter plus d'un symptôme, le total peut dépasser 100 pour cent.

Tableau 2. Répartition de l'échantillon des enfants par symptôme

Symptôme	Thiès (N = 300)	Kaolack (N = 300)
Fièvre	90%	91%
Convulsions	2%	2%
Respiration rapide	21%	23%
Diarrhée	38%	51%
Diarrhée sanglante (sur l'échantillon total)	5%	11%
Diarrhée sanglante (sur le total des diarrhées)	14% (n = 110)	22% (n = 152)
Toux sans respiration rapide	40%	40%

La plupart des enfants avait de la fièvre, environ la moitié de la diarrhée, dont un cinquième environ une diarrhée sanglante ; presque la moitié avait de la toux, dont un cinquième environ une respiration rapide (le symptôme clé de la pneumonie). Dans les deux districts, les cas de respiration rapide étaient plus fréquents dans les zones rurales (14 pour cent des répondants dans les zones urbaines, contre 36 pour cent dans les zones rurales pour le district de Kaolack et 15 pour cent dans les zones urbaines contre 31 pour cent dans les zones rurales pour le district de Thiès). Bien que l'enquête ait été effectuée pendant la saison où les cas de paludisme sont les plus fréquents, très peu de soignants de l'enfant ont indiqué que l'enfant avait eu des convulsions (le symptôme clé du paludisme grave). L'échantillon n'avait pas été sélectionné avec une répartition égale des affections pour en étudier les différences ; le fait que le taux de cas de convulsions soit relativement faible indique donc uniquement que le taux de cas de paludisme grave dans la région sélectionnée se trouvait relativement faible au moment de l'enquête.

Les prestataires et vendeurs de médicaments

La répartition des différents types de prestataires et de vendeurs de médicaments a varié selon les différents points de distribution sélectionnés pour l'enquête. Pour les deux districts, 263 points de distribution de médicaments ont été sélectionnés. Dans le district de Thiès, les 130 prestataires et vendeurs correspondaient à 46 structures sanitaires, 28 pharmacies, 33 cases de santé communautaires et 23 autres vendeurs (dont des vendeurs de la rue, des boutiques et des vendeurs du marché). Dans le district de Kaolack, les 133 prestataires et vendeurs correspondaient à 38 structures sanitaires, 32 pharmacies, 30 cases de santé communautaires et 33 autres vendeurs. Parmi les grappes urbaines, entre cinq et six répondants ont été interrogés par grappe (66 questionnaires dans les zones urbaines de Kaolack et 79 dans les zones urbaines de Thiès) et parmi les grappes rurales, entre sept et neuf répondants ont été interrogés par grappe (67 questionnaires dans les zones rurales de Kaolack et 51 dans les zone rurales de Kaolack).

Les « structures de santé » de l'enquête comptaient des structures publiques et privées ainsi que des institutions sanitaires des missions religieuses, mais les entretiens ont été effectués en majorité avec des structures publiques des deux districts. Les questionnaires des répondants des boutiques et des vendeurs de marché ont été regroupés en une seule catégorie « autres vendeurs » comme leur nombre était insuffisant pour être traité séparément (l'échantillon minimum étant fixé à 20). En s'attachant aux sites en grappes de l'enquête, le nombre de cases de santé et de pharmacies sélectionnées au départ était inférieur à 20. Il a donc été décidé de rajouter à ces groupes quelques points de vente locaux supplémentaires du même district qui ne faisaient pas partie de l'étude. Ces sites non inclus dans l'échantillon de départ comptaient 9 cases de santé, 2 pharmacies et 2 centres de santé pour le district de Thiès et 6 pharmacies, 2 cases de santé et 6 vendeurs pour le district de Kaolack.

Le tableau 3 donne la distribution des prestataires et vendeurs de médicaments par rapport à l'échantillon total ainsi que la proportion de chaque type à l'intérieur d'une zone urbaine.

Tableau 3. Distribution de l'échantillon des prestataires et vendeurs de médicaments, par type et en fonction de la zone urbaine

Type de prestataire/ vendeur de médicaments	Thiès (N = 130)		Kaolack (N = 133)	
	Pourcentage de l'échantillon	Pourcentage en zone urbaine	Pourcentage de l'échantillon	Pourcentage en zone urbaine
Structures sanitaires	36	72 (n = 46)	29	37 (n = 38)
Pharmacies	21	82 (n = 28)	24	81 (n = 32)
Cases de santé	26	6 (n = 33)	22	10 (n = 30)
Autres vendeurs	17	14 (n = 23)	24	47 (n = 33)
Total		47 (n = 130)		43 (n = 133)

Comme le montre le tableau 3, la majorité des pharmacies privées étaient situées en zone urbaine, où on trouvait peu de cases de santé. Les « autres vendeurs » et les structures sanitaires étaient partagés entre zones rurales et urbaines.

Nous avons cherché à connaître le niveau de formation de chaque répondant parmi les prestataires et vendeurs de médicaments, puisque c'est un facteur de sélection et de mise en place des interventions ; les résultats figurent dans le tableau 4. Naturellement, la majorité des répondants des structures sanitaires étaient des infirmiers d'état. Il est à noter toutefois qu'il existe une différence parmi les pharmacies privées, entre les répondants qui sont des pharmaciens et ceux qui sont des vendeurs ayant reçu une formation. Dans la majorité des cases de santé de l'échantillon, les bénévoles avaient reçu une formation, alors que les vendeurs du secteur informel n'avaient pratiquement pas reçu de formation sanitaire.

Tableau 4. Niveau de formation des répondants

	Pharmacien	Médecin	Infirmière/ infirmière sage-femme	Technicien médical ou de laboratoire	Autre formation médicale	Aucune formation
Structures sanitaires Kaolack (n = 38)	2%	13%	66%	5%	13%	
Structures sanitaires Thiès (n = 46)	2%	15%	68%	6%	11%	
Pharmacies Kaolack (n = 32)	44%				56%	
Pharmacies Thiès (n = 28)	64%				36%	
Cases de santé Kaolack (n = 30)					100%	
Cases de santé Thiès (N = 33)			6%		94%	
Autres vendeurs Kaolack (n = 33)				3%		97%
Autres vendeurs Thiès (n = 23)					4%	95%

La distance entre les points de vente enquêtés et la structure sanitaire la plus proche (centre de santé ou poste de santé) a également été prise en compte. Le tableau 5 montre que la majorité des cases de santé de l'échantillon était située à plus d'un kilomètre d'une structure sanitaire. Il est intéressant de noter que la plupart des « autres vendeurs » était située à moins d'un kilomètre d'une structure sanitaire ; apparemment, ces vendeurs ne desservent pas les zones rurales les plus isolées.

Tableau 5. Distance entre les prestataires/vendeurs de médicaments et la structure sanitaire la plus proche

Type de prestataire/ vendeur de médicaments	Moins d'1 Km	1–5 Km	Plus de 5 Km
Pharmacies, Kaolack (n = 32)	100%		
Pharmacies, Thiès (n = 28)	90%	7%	4%
Cases de santé, Kaolack (n = 30)		33%	67%
Cases de santé, Thiès (n = 33)	24%	56%	20%
Autres vendeurs, Kaolack (n = 33)	91%	9%	
Autres vendeurs, Thiès (n = 23)	54%	32%	14%

Résultats

Les résultats de l'enquête sont présentés ici selon les quatre étapes de la gestion appropriée des médicaments au niveau communautaire.

1. Le soignant de l'enfant reconnaît les symptômes que l'enfant présente.

2. Le soignant de l'enfant cherche rapidement une prise en charge auprès d'une source appropriée.

3. Le soignant de l'enfant obtient les médicaments appropriés.

4. Le soignant de l'enfant administre correctement à la maison les médicaments appropriés, c'est-à-dire selon le protocole approprié (posologie, fréquence, durée).

Les données récoltées auprès des prestataires et vendeurs de médicaments et des ménages ont fourni des résultats complémentaires qui permettent d'éclairer différents aspects de chaque étape du cycle de gestion.

Les résultats sont présentés séparément pour les deux districts, mais peuvent être comparés puisque les deux districts ont un profil géographique et démographique similaire.

1ère étape. Le soignant reconnaît les symptômes que l'enfant présente

Cette étape du cycle fait uniquement intervenir les résultats de l'enquête auprès des ménages. Parmi tous les cas de respiration rapide (attribués à la pneumonie), la plupart avaient été reconnue par les soignants de l'enfant comme très sérieux (97 pour cent [sur 36 cas] dans le district de Thiès et 82 pour cent [sur 40 cas] dans le district de Kaolack) ; tous les cas de convulsions (cinq dans chaque district) avaient été reconnus comme très sérieux.

2e étape. Le soignant de l'enfant cherche rapidement une prise en charge auprès d'une source appropriée

La recherche de soins dans les cas de respiration rapide

La plupart des soignants de l'enfant ayant une respiration rapide ont recherché des soins en dehors de la maison (74 pour cent à Thiès [n = 62] et 84 pour cent à Kaolack [n = 56]), ce qui est souhaité, car les cas de pneumonie ne devraient pas être soignés à domicile. La recherche de soins en dehors de la maison était légèrement plus fréquente en zone urbaine qu'en zone rurale. A Thiès, la recherche de soins en dehors de la maison pour les enfants ayant une respiration rapide représentait 83 pour cent des 29 cas urbains contre 66 pour cent des 33 cas ruraux; cette différence était moins marquée pour le district de Kaolack, avec 87 pour cent de 27 cas urbains contre 81 pour cent de 33 cas ruraux.

Tableau 6. Rapidité de la recherche de soins dans les cas de respiration rapide

La recherche de soins en dehors de la maison dans les cas de respiration rapide	Thiès (N = 46)	Kaolack (N = 47)
Le jour même	30%	25%
Le lendemain	28%	34%
2 jours plus tard	17%	17%
3 jours plus tard et au-delà	24%	23%

Néanmoins la recherche de soins en dehors de la maison n'était, dans beaucoup de cas, pas immédiate, comme le montre le tableau 6. Dans les deux districts, seulement la moitié des soignants de l'enfant ayant une respiration rapide ont commencé leur recherche de soins le jour même ou le lendemain de l'apparition des symptômes et près d'un soignant de l'enfant sur quatre a attendu jusqu'à trois jours ou plus avant de rechercher des soins. La recherche de soins en dehors de la maison était légèrement plus rapide en zone rurale ; dans le district de Kaolack, 15 pour cent des 20 cas urbains a effectué une recherche le jour même, contre 33 pour cent des 27 cas ruraux. Ces chiffres étaient de 25 pour cent des 24 cas urbains contre 36 pour cent des 22 cas ruraux pour Thiès.

L'identification de la première source à laquelle s'adressent les soignants est un facteur crucial de l'évaluation de l'adéquation de la recherche de soins. Une source appropriée, au tout début de la recherche de soins, peut largement contribuer à une guérison rapide en limitant les dépenses inutiles et les prise en charges inappropriées. Comme le montre le tableau 7, dans les deux districts, la majorité des soignants de l'enfant ayant une respiration rapide s'est dirigée vers une case de santé, un poste de santé, un centre de santé ou une clinique privée ; les postes de santé étant les plus fréquentés. Les pharmacies ou le secteur informel (boutiques ou vendeurs de marché), n'étaient que peu fréquentés. Les cases de santé étaient plus fréquentées à Kaolack, mais ceci peut être dû à une amélioration du fonctionnement de ces services dans ce district. Les cliniques privées étaient plus fréquentées dans le district de Thiès, peut être parce qu'elles sont plus accessibles et plus disponibles.

Tableau 7. La première source de soins dans les cas de respiration rapide

La première source utilisée	Thiès (N = 46)	Kaolack (N = 47)
Centre de santé	17%	17%
Poste de santé	37%	43%
Case de santé	2%	15%
Clinique privée	28%	6%
Guérisseur traditionnel	9%	4%
Pharmacie	4%	2%
Boutique	0%	6%
Marché	0%	2%
Autre	2%	4%

Toutes les structures des différents niveaux de soins ne sont pas habilitées pour la prise en charge des cas de respiration rapide qui devraient être traités dans les centres de santé. Parmi les soignants qui ont effectué une recherche des soins en dehors de la maison pour l'enfant ayant une respiration rapide, dans un lieu autre qu'un centre de santé, moins d'un tiers ont été référés à un centre de santé (31 pour cent à Thiès [n=38] et 20 pour cent à Kaolack [n=39]). Si l'on sépare les données dans deux groupes distincts, urbain et rural, les prestataires et vendeurs de médicaments urbains avaient une plus grande tendance à référer les enfants à un centre de santé que leurs homologues rurales. Cette observation peut être liée à la proximité des centres de santé. A Kaolack 23 pour cent des 17 cas urbains ont été référés contre 17 pour cent des 22 cas ruraux. A Thiès 50 pour cent des 20 cas urbains ont été référés contre 10 pour cent des 18 cas ruraux.

La recherche de soins dans les cas de convulsions

Dans les deux districts, tous les soignants de l'enfant ont effectué une recherche de soins en dehors de la maison dans les cas de convulsions ; il faut reconnaître que l'échantillon était limité (sept cas à Thiès et cinq à Kaolack) Dans l'ensemble, la prise en charge des cas de convulsions était plus rapide que celle des cas de respiration rapide. Cent pour cent des soignants de l'enfant ont effectué une recherche de soins le jour même ou le lendemain de l'apparition des symptômes, dont 86 pour cent le premier jour pour Thiès et 80 pour cent pour Kaolack. Aucune différence particulière n'a été observée entre les zones rurales et les zones urbaines, en ce qui concerne la rapidité de la recherche.

Le tableau 8 montre qu'il existe des similitudes dans la démarche de recherche de soins pour les cas de convulsions et les cas de respiration rapide. Dans la majorité des cas, les recherches sont effectuées auprès de « sources appropriées » : cases de santés, postes de santé, centres de santé et cliniques privées. Quelques enfants ont été emmenés auprès de l'agent de santé communautaire à Thiès (14 pour cent) et un chez le guérisseur traditionnel (14 pour cent) à Thiès.

Tableau 8. La première source de soins dans les cas de convulsions

La première source utilisée	Thiès (N = 7)	Kaolack (N = 5)
Centre de santé	14%	0%
Poste de santé	57%	20%
Case de santé	14%	60%
Clinique privée	0%	20%
Guérisseur traditionnel	0	0
Pharmacie	0	0
Boutique	0	0
Marché	14%	0

Les enfants étaient moins souvent référés au centre de santé dans les cas de convulsions que dans les cas de respiration rapide (17 pour cent à Thiès et aucun à Kaolack), même si l'échantillon était relativement faible (n = 6 pour Thiès et n = 2 pour Kaolack). En raison de la taille de l'échantillon, aucune étude n'a été faite sur les différences entre zones rurales et zones urbaines.

Les cas de fièvre

Les cas de fièvre peuvent faire l'objet d'une prise en charge appropriée au domicile. L'enquête n'a donc pas cherché à identifier les problèmes de recherche de soins en dehors de la maison, mais s'est attaché à la question plus cruciale de l'adéquation de la prise en charge et de sa rapidité. Parmi les soignants de l'enfant qui ont traité leur enfant par la chloroquine, la prise en charge était généralement effectuée dans un délai recommandé ; tous les enfants ont reçu le médicament le jour ou le lendemain de l'apparition des symptômes (sur 153 cas à Thiès et 149 cas à Kaolack)

3e étape. Le soignant de l'enfant obtient les médicaments appropriés

L'acquisition des médicaments appropriés par les soignants de l'enfant repose non seulement sur la disponibilité et le prix abordable des médicaments, mais également sur le niveau de connaissance des produits et les pratiques des prestataires de soins et des vendeurs de médicaments. La disponibilité réelle de la liste des médicaments-traceurs a été évaluée dans les points de distribution et la perception de leur disponibilité par les membres de la communauté a été évaluée auprès des ménages au cours de l'enquête. Le caractère abordable du prix d'un médicament a été pris en compte comme mesure de son accessibilité. Le prix des médicaments faisait partie du questionnaire des prestataires et vendeurs de médicaments et la perception du caractère abordable de leur prix était inclue dans le questionnaire des ménages.

Les sources utilisées par les soignants de l'enfant pour se procurer des médicaments sont d'abord présentées. Puis, classées selon le type d'affection, suivent les résultats sur les connaissances et les pratiques des prestataires et vendeurs en matière de prescription ou de vente, puisqu'elles sont un facteur d'influence sur le type de médicaments obtenus par les soignants pour leurs enfants malades. Le niveau de connaissance des prestataires et vendeurs sur les maladies de l'enfant a été évalué en décrivant différents cas hypothétiques d'enfants présentant les

symptômes les plus courants de la PCIME — l'IRA pas de pneumonie (nez qui coule), la pneumonie (respiration rapide), le paludisme (fièvre) et la diarrhée (selles molles fréquentes) — et en posant des questions sur le traitement recommandé par le répondant. Les pratiques réelles des répondants des points de vente de médicaments ont été évaluées en leur demandant quels médicaments étaient le plus couramment vendus pour telle ou telle affection et le nombre de personnes qui se les procuraient.

La disponibilité réelle des médicaments

La liste des médicaments-traceurs a permis d'évaluer la disponibilité réelle de médicaments spécifiques dans les points de distribution; elle figure en Annexe 3. Cette liste contient des médicaments de première et de deuxième intention contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, ainsi que certains médicaments utilisés à tort ou inutilement dans le traitement de ces affections chez l'enfant. L'enquêteur a demandé aux répondants s'ils possédaient ces médicaments en stock.

La disponibilité de ces médicaments spécifiques figure sur les tableaux 9 et 10. Les médicaments ont été classés par catégories : médicaments de première, deuxième et troisième intention et médicaments inappropriés pour les enfants. Le problème de cette classification de médicaments inappropriés pour les enfants est que les points de vente faisant partie de l'étude ont l'habitude de vendre des médicaments aussi bien aux adultes qu'aux enfants. De ce fait, la disponibilité réelle d'un médicament comme la tétracycline dans certains points de vente n'est pas un problème ; en revanche, c'est son utilisation ou les pratiques de prescription et de dispensation à usage pédiatrique qui est en cause.

Tableau 9. Disponibilité générale de médicaments spécifiques dans tous les points de distribution

Catégorie de médicaments	Médicaments-traceurs	Tous les locations	
		Thiès (N = 130)	Kaolack (N = 133)
Médicaments de première intention	Chloroquine comprimés	70%	85%
	Chloroquine sirop	56%	54%
	Cotrimoxazole comprimés	50%	73%
	Cotrimoxazole sirop	41%	44%
	SRO	10%	21%
Médicaments de deuxième et troisième intention	Amoxicilline gélules	46%	49%
	Amoxicilline sirop	40%	40%
	Quinine injection	43%	46%
	SP comprimés	31%	41%
Médicaments inappropriés pour les enfants	Actapulgite sachets	27%	26%
	Artesunate comprimés	24%	21%
	Augmentin sirop	25%	21%
	Cefadroxil sirop	22%	22%
	Halfan comprimés	22%	22%
	Métronidazole sirop	39%	35%
	Tétracycline gélules	38%	47%
	Ultralevure sachets	23%	21%

L'enquête a été réalisée auprès de différents types de structures sanitaires et points de vente qui ne possèdent pas tous le même type d'autorisation en ce qui concerne le stockage de médicaments. Il était donc inutile d'étudier le pourcentage global pour chaque médicament. Le tableau 9 montre néanmoins que dans l'ensemble, et pour les communautés qui faisaient partie de l'enquête, alors que la disponibilité de la chloroquine en comprimés et celle du cotrimoxazole en comprimés (entre 70 et 80 pour cent à Kaolack et légèrement moins à Thiès) ne sont pas en cause, la disponibilité des SRO est nettement insuffisante dans toutes les locations. On peut aussi noter que dans l'ensemble, la disponibilité est moindre en ce qui concerne les médicaments de deuxième ou de troisième intention et les médicaments inappropriés pour les enfants. Ces résultats ne sont pas surprenants et dans une certaine mesure, souhaitables, car les médicaments de deuxième intention ne devraient être disponibles que dans certaines structures (comme les structures sanitaires et les pharmacies) et que les médicaments inappropriés pour les enfants devraient en fait être moins disponibles.

Il est plus important d'étudier la disponibilité de certains médicaments selon le type de structure (Tableau 10), ce qui met en valeur les différences de disponibilité entre les médicaments et parmi les structures différentes.

Tableau 10. Disponibilité des médicaments spécifiques aux points de distribution selon le type de structure

	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
Médicament-traceur	**Thiès (n = 46)**	**Kaolack (n = 38)**	**Thiès (n = 28)**	**Kaolack (n = 32)**	**Thiès (n = 33)**	**Kaolack (n = 30)**	**Thiès (n = 23)**	**Kaolack (n = 33)**
Chloroquine comprimés	85%	87%	96%	100%	59%	77%	41%	79%
Chloroquine sirop	79%	76%	96%	100%	44%	30%	5%	6%
Cotrimoxazole comprimés	79%	73%	86%	100%	12%	42%	23%	78%
Cotrimoxazole sirop	66%	63%	90%	94%	9%	20%	0%	0%
SRO	38%	60%	0%	0%	3%	23%	0%	0%
Amoxicilline gélules	77%	77%	100%	100%	6%	3%	0%	18%
Amoxicilline sirop	55%	65%	100%	93%	6%	3%	0%	0%
Quinine injection	85%	79%	75%	96%	15%	10%	0%	0%
SP comprimés	36%	26%	89%	96%	0%	0%	0%	42%
Actapulgite sachets	8%	10%	100%	96%	0%	0%	0%	0%
Artesunate comprimés	0%	0%	96%	90%	0%	0%	0%	0%
Augmentin sirop	6%	6%	93%	81%	0%	0%	0%	0%
Cefadroxil sirop	6%	0%	82%	93%	0%	0%	0%	0%
Halfan comprimés	0%	0%	89%	91%	0%	0%	0%	0%
Métronidazole sirop	49%	47%	96%	93%	12%	3%	0%	0%
Tétracycline gélules	68%	68%	7%	21%	12%	6%	64%	84%
Ultralevure sachets	4%	6%	89%	78%	0%	0%	0%	0%

Les médicaments de première intention

Les médicaments de première intention de la PCIME sous forme de comprimés (chloroquine et cotrimoxazole) affichaient dans l'ensemble un bonne disponibilité dans les structures sanitaires (environ 70 pour cent) et les pharmacies (environ 90 pour cent). La disponibilité des SRO est un problème ; ils n'étaient pas disponibles dans les pharmacies et ne se trouvaient que dans environ la moitié des structures sanitaires. Les SRO n'étaient disponibles que dans une poignée de cases de santé, où ils devraient être stockés, et ne se trouvaient pas dans le secteur informel. Les comprimés de chloroquine étaient plus faciles à se procurer dans les cases de santé et auprès des « autres vendeurs » à Kaolack qu'à Thiès. La chloroquine est sensée être disponible dans les cases de santé car elle figure sur la liste des médicaments essentiels (LME) pour ce niveau de structure, mais selon la réglementation actuelle, les autres vendeurs ne sont pas autorisés en disposer. L'usage du cotrimoxazole n'est pas prévu dans les cases de santé et de la même façon, ce médicament n'est pas autorisé à la vente par les « autres vendeurs ». Sa disponibilité a pourtant été observée dans presque une case de santé sur cinq à Thiès et presque la moitié des cases de santé de Kaolack. Il était également disponible dans le secteur informel des deux districts, avec une légère prévalence à Kaolack, où la majorité des vendeurs du secteur informel interrogés le possédaient en stock, et auprès de quelques vendeurs de Thiès.

Dans l'ensemble, la chloroquine et le cotrimoxazole étaient moins disponibles sous forme de sirop que sous forme de comprimés dans les structures sanitaires et la chloroquine en sirop était moins disponible que les comprimés dans les cases de santé des deux districts. Dans les cases de santé, le cotrimoxazole était aussi moins disponible en sirop que sous forme de comprimés. La chloroquine en sirop pouvait se trouver dans le secteur informel, mais le cotrimoxazole en sirop était introuvable dans le secteur informel des deux districts.

Les médicaments de deuxième et de troisième intention

Les médicaments de deuxième intention étaient disponibles en général uniquement dans les pharmacies et les structures sanitaires. On a noté que la sulfadoxine/pyriméthamine (SP), l'antipaludique de deuxième intention, à usage pédiatrique, n'étaient stockée que dans environ un tiers des structures sanitaires figurant dans l'enquête. Certaines cases de santé possédaient des injections de quinine ou d'amoxicilline en stock, alors que ces produits ne sont pas prévus pour être entreposés à ce niveau. Les comprimés de SP étaient en stock chez pratiquement la moitié des autres vendeurs du secteur informel interrogés au cours de l'enquête à Kaolack et certains possédaient des gélules d'amoxicilline ; mais ces médicaments n'existaient dans le secteur informel de Thiès.

Les médicaments inappropriés

Les antidiarrhéiques (comme par exemple l'Actapulgite et l'Ultralevure) sont inappropriés dans le traitement de la diarrhée, mais ils étaient pourtant facilement disponibles en pharmacie. En revanche, on a observé qu'ils ne se trouvaient que dans peu de structures sanitaires et ni dans les cases de santé ni dans le secteur informel. Le métronidazole et la tétracycline se trouvaient dans environ la moitié des structures sanitaires, ce qui est souhaitable car ils figurent sur la LME pour ce niveau et sont indiqués pour certaines affections chez certains patients. Mais on les trouve

aussi dans certaines cases de santé où ils ne sont pas sensés être disponibles. Les pharmacies privées possédaient, à différents degrés, tous les médicaments inappropriés pour les enfants. Le seul médicament inapproprié trouvé dans le secteur informel était la tétracycline en gélules, qui se trouvait facilement partout, chez les vendeurs de marché et dans les boutiques.

Pour identifier les lacunes clés de la disponibilité des médicaments, il ne faut pas les prendre en compte séparément, mais observer leur disponibilité combinée. Par exemple, la disponibilité des SRO et des antidiarrhéiques montre qu'il existe des lacunes dans les pharmacies privées, où les antidiarrhéiques sont disponibles à 96 pour cent, mais où les SRO — qui est le produit de choix pour le traitement de la diarrhée chez l'enfant — sont introuvables. Ces indicateurs combinés de disponibilité figurent dans le tableau 11.

Tableau 11. Indicateurs combinés de disponibilité

Indicateur	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
	Thiès (n = 46)	Kaolack (n = 38)	Thiès (n = 28)	Kaolack (n = 32)	Thiès (n = 33)	Kaolack (n = 30)	Thiès (n = 23)	Kaolack (n = 33)
Comprimés de cotrimoxazole mais pas de sirop	15%	15%	0%	3%	3%	30%	0%	64%
Comprimés de chloroquine mais pas de sirop	4%	15%	0%	3%	0%	53%	0%	72%
Amoxicilline (médicament de deuxième intention contre la pneumonie) mais pas de cotrimoxazole (première intention)	11%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SP (médicament de deuxième intention contre le paludisme) mais pas de chloroquine (première intention)	15%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	3%
Antidiarrhéiques en stock mais pas de SRO	4%	2%	96%	96%	0%	0%	0%	0%

Les résultas mettent en lumière une disponibilité plus faible des sirops dans tous les structures sanitaires et points de vente à l'exception des pharmacies, une plus grande disponibilité des médicaments dans le secteur informel de Kaolack que dans celui de Thiès et l'absence des SRO dans les pharmacies qui pourtant possèdent des antidiarrhéiques en stock.

Perception de la disponibilité

L'enquête des ménages a cherché à évaluer la perception de la disponibilité de certains médicaments chez le soignant de l'enfant, sans qu'elle soit en rapport direct avec un épisode de maladie récent chez leur enfant. Les résultats figurent dans le tableau 12.

Tableau 12. Perceptions de la disponibilité de la chloroquine, du cotrimoxazole et des SRO

Ce que pensent les répondants	Thiès	Kaolack
La chloroquine est toujours disponible	67% (n = 296)	53% (n = 299)
La chloroquine est souvent disponible	22%	19%
La chloroquine n'est jamais disponible	9%	24%
Le cotrimoxazole est toujours disponible	63% (n = 291)	57% (n = 298)
Le cotrimoxazole est parfois disponible	29%	21%
Le cotrimoxazole n'est jamais disponible	3%	18%
Les SRO sont toujours disponibles	36% (n = 184)	25% (n = 177)
Les SRO sont parfois disponibles	27%	12%
Les SRO ne sont jamais disponibles	15%	41%

Pour s'assurer que les soignants de l'enfant pouvaient reconnaître les produits auxquels ils faisaient allusion, les enquêteurs ont utilisé les noms de marque bien connus des médicaments. En dépit de cette précaution, en ce qui concerne les SRO, 22 pour cent des répondants dirent ignorer si le produit était disponible. Ce faible taux de réponse indique que soit les répondants ne reconnaissaient pas le produit par son nom, soit ils ignoraient si celui-ci était disponible.

Comme le montre le tableau 12, à peine plus de la moitié des soignants de l'enfant pensaient qu'ils pouvaient toujours obtenir de la chloroquine ou du cotrimoxazole à proximité, la majorité pensaient que ces médicaments étaient sinon toujours, du moins le plus souvent disponibles, mais un tiers seulement pensaient pouvoir se procurer des SRO non loin de leur domicile. A Kaolack, les soignants de l'enfant interrogés pensaient que la chloroquine et du cotrimoxazole étaient introuvables à 24 et 18 pour cent respectivement. Cette réponse était d'un taux plus élevé que dans le district de Thiès. Une analyse plus approfondie a montré qu'une différence de perception de la disponibilité semblait exister entre les zones urbaines et les zones rurales, comme le montre le tableau 13. Les médicaments sont perçus comme plus disponibles en zone urbaine qu'en zone rurale.

Tableau 13. Perception de la disponibilité dans les zones rurales et urbaines

Les répondants pensent que le médicament est toujours disponible	Thiès		Kaolack	
	Zone urbaine (N = 194)	Zone rurale (N = 102)	Zone urbaine (N = 179)	Zone rurale (N = 120)
Chloroquine	80%	41%	68%	32%
Cotrimoxazole	72%	46%	66%	44%
SRO	44%	17%	30%	17%

La perception de la disponibilité est intéressante, lorsqu'elle est étudiée en corrélation avec la partie de l'enquête traitant des prestataires et vendeurs de médicaments, qui montre que la disponibilité réelle de la chloroquine était bonne (de 70 et 85 pour cent dans chacun des districts), donc meilleure que la perception de disponibilité de la chloroquine, mais assez proche de la somme des perceptions « toujours » et « parfois ». La perception de la disponibilité du cotrimoxazole correspondait à la disponibilité réelle de ce médicament d'après les résultats de l'enquête et les SRO étaient perçus comme plus disponibles qu'ils ne le sont réellement, mais comme peu disponibles malgré tout. Les observations montrant que pratiquement un quart des soignants de l'enfant ne savait pas si les SRO étaient disponibles, suggèrent une faible sensibilisation aux SRO des communautés interrogées.

Le prix des médicaments

Le prix des médicaments est un autre aspect de l'accessibilité aux médicaments. Il faisait partie du questionnaire des prestataires et vendeurs de médicaments. Les prix de certains médicaments-traceurs figure dans le tableau 14.

Comme on peut le constater, il existe une énorme disparité dans le prix des médicaments. Dans les deux districts, le coût moyen du traitement de la pneumonie chez un enfant de deux ans, à l'aide de cotrimoxazole en sirop, varie entre 120 francs CFA et 2 445 francs CFA (soit environ entre 1,18 et 3,7 dollars américains)[2], les prix dans les structures sanitaires tendant à être plus contenus que dans les pharmacies. Les écarts de prix de tous les médicaments entre les différentes structures sanitaires sont considérables, ce qui est imputable en grande partie au fait que le groupe comprend à la fois des structures du secteur public et privé, même si la grande majorité étaient des structures publiques. Les prix pratiqués par les cases de santé sont plus élevés que ceux des structures publiques. Les prix pratiqués dans le secteur informel s'apparentent à la fourchette de prix des cases de santé et sont moins élevés que ceux du secteur privé. Quels que soit le prestataire ou vendeur, les traitements sous forme de comprimés sont toujours moins chers que ceux sous forme de sirop. On a également observé des différences de prix entre les deux districts.

[2] 1 dollar américain = 660 francs CFA en septembre 2002.

Tableau 14. Les prix des médicaments-traceurs dans les points de distribution interrogés

Médicament	Coût moyen [et fourchette de prix] en francs CFA d'un traitement par un médicament spécifique pour un enfant de deux ans			
	Structures sanitaires	Pharmacies	Cases de santé	Autres vendeurs
Cotrimoxazole sirop	693	1,296	954	
Kaolack	(375–937)	(795–2,437)	(622–1,500)	
	486	1,378	765	
Thiès	(120–2437)	(1005–2,445)	(622–998)	
Amoxicilline sirop	683	1,222	750	
Kaolack	(360–997)	(520–2,580)	(750–750)	
	368	1,168	718	
Thiès	(90–1,252)	(510–1,774)	(622–878)	
Cotrimoxazole comprimés	132	1,055	197	185
Kaolack	(100–300)	(141–2,270)	(196–250)	(100–250)
	167	1,169	155	220
Thiès	(130–800)	(1,017–2,190)	(150–250)	(200–250)
Amoxicilline comprimés	541	1,173	1,200	280
Kaolack	(200–900)	(1,113–2,535)	(1,200–1,200)	(150–375)
	528	1,256	700	
Thiès	(225–1,650)	(952–2,548)	(600–750)	
SRO	100		107	
Kaolack	(50–300)		(30–150)	
	35		100	
Thiès	(50–200)		(100–100)	
Chloroquine sirop	278	280	347	311
Kaolack	(123–622)	(262–656)	(311–435)	(311–311)
	203	432	230	281
Thiès	(187–626)	(315–1057)	(187–281)	(281–281)
Chloroquine comprimés	30	53	27	31
Kaolack	(19–45)	(30–64)	(19–45)	(7–75)
	21	68	27	40
Thiès	(15–150)	(56–260)	(18–45)	(30–60)
SP comprimés	272	224		134
Kaolack	(200–300)	(176–429)		(176–166)
	47	292		
Thiès	(8–267)	(53–430)		

Cette observation des prix a été faite de manière isolée et n'a pas, dans cette analyse, été étudiée en relation avec d'autres indicateurs, comme le salaire minimum, ce qui permettrait d'apporter un éclairage supplémentaire sur le caractère abordable des médicaments.

Perception du caractère abordable des médicaments

La perception qu'ont les soignants de l'enfant du caractère abordable des médicaments clés a été évaluée à l'aide de questions générales, sans rapport direct avec un épisode récent de maladie de

l'enfant. Tout comme pour les questions sur la disponibilité, les enquêteurs ont fait référence aux médicaments en utilisant à la fois leurs noms génériques et leurs noms de marque bien connus.

Le tableau 15 montre que dans les deux districts, la plupart des soignants de l'enfant pensaient que la chloroquine et le cotrimoxazole étaient tous deux abordables, mais seulement la moitié d'entre eux a indiqué que les SRO étaient abordables, l'autre moitié ne savait pas ; cette réponse pourrait signifier qu'ils ne savaient pas si les SRO étaient abordables ou qu'ils ne connaissaient pas ce produit. En dépit du large éventail de prix observé dans l'enquête, les membres de la communauté pensent dans l'ensemble que ces médicaments sont abordables et seule une légère différence a été observée entre les zones rurales et urbaines au niveau de la perception du caractère abordable des prix de ces trois médicaments.

Tableau 15. Perception du caractère abordable des prix de la chloroquine, du cotrimoxazole et des SRO

Ce que pensent les soignants de l'enfant	Thiès	Kaolack
La chloroquine est abordable	91% (n = 297)	82% (n = 299)
Le cotrimoxazole est abordable	89% (n = 291)	81% (n = 297)
Les SRO sont abordables	56% (n = 184)	48% (n = 177)

La qualité des médicaments

La qualité des médicaments est un autre aspect de leur accessibilité. Bien que nous n'ayons pas contrôlé la qualité réelle des médicaments en stock dans les structures sanitaires et les points de vente, leurs sources d'approvisionnement peuvent, dans une certaine mesure, servir d'instrument d'évaluation de leur qualité. Les sources considérées comme fiables sont les grossistes établis et le système public d'approvisionnement comme la PNA, les pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) et les dépôts de district. Les médicaments provenant des sources comme les marchés ou les boutiques sont souvent de qualité douteuse.

Le tableau 16 indique les sources d'approvisionnement des les structures sanitaires et points de vente interrogés au cours de l'enquête. Dans les deux districts, les structures sanitaires avaient tendance à se procurer des médicaments par l'intermédiaire des systèmes publics de distribution, dépôts de district, régional ou national, alors que les pharmacies s'approvisionnaient auprès de grossistes du secteur privé. Les cases de santé s'approvisionnaient soit dans les postes de santé, soit dans les dépôts publics de district. A Thiès, certaines cases de santé s'approvisionnaient auprès d'une ONG ou achetaient leurs médicaments aux pharmacies privées ou au marché. Si les ONG doivent fournir des médicaments aux cases de santé, il serait important qu'elles respectent les directives de la LME national en ce qui concerne les différents niveaux de soins établis. Les vendeurs de médicaments et les boutiques s'approvisionnaient auprès des pharmacies privées, d'autres vendeurs de marché ou boutiques. Cette dernière source d'approvisionnement a sans doute un impact important sur la qualité des médicaments, notamment en ce qui concerne les conditions d'entreposage (par ex. au soleil) et l'absence de contrôle des dates de péremption.

Tableau 16. Les sources d'approvisionnement des points de distribution de médicaments

Source d'approvisionnement en médicaments	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
	Thiès (N = 46)	Kaolack (N = 38)	Thiès (N = 28)	Kaolack (N = 32)	Thiès (N = 33)	Kaolack (N = 30)	Thiès (N = 23)	Kaolack (N = 33)
PNA ou PRA	17%	26%	—	—	3%	—	—	—
Dépôt de district	60%	60%	—	—	38%	73%	—	9%
Structure sanitaire	4%	13%	—	—	12%	27%	4%	3%
Grossiste privé	—	5%	100%	94%	—	—	—	6%
Pharmacie privée	4%	2%	—	6%	9%	—	13%	15%
Boutique ou marché	2%	—	—	—	3%	—	77%	39%
ONG	2%	—	—	—	32%	—	—	—
Autre	—	—	—	—	—	—	—	36%

Note : — = N'a pas été indiqué comme source d'approvisionnement.

On a également demandé aux prestataires et vendeurs de médicaments de préciser dans quelle ville ou quelle localité se situaient leurs sources d'approvisionnement. Un petit nombre d'eux ont dit se procurer leur stock à Touba (un marché parallèle illicite) (4 pour cent des « autres vendeurs » et 3 pour cent des cases de santé à Thiès et 21 pour cent des « autres vendeurs » à Kaolack), ou les importer de Gambie, en particulier à Kaolack (9 pour cent des « autres vendeurs »). Ces résultats pourraient indiquer une qualité douteuse des médicaments du secteur informel là où les répondants déclarent s'approvisionner dans ces lieux.

Les sources d'approvisionnement en médicaments des soignants de l'enfant

Le questionnaire des ménages comportait des questions sur les sources d'approvisionnement en médicaments des soignants de l'enfant. Parmi les soignants de l'enfant qui administraient certains médicaments, quelques-uns les possédaient déjà à la maison, comme l'indique le tableau 17.

Tableau 17. Pourcentage de soignants de l'enfant qui utilisaient des médicaments trouvés au domicile

Médicament	Thiès	Kaolack
Chloroquine	36% (n = 157)	54% (n = 159)
Cotrimoxazole	7% (n = 68)	14% (n = 58)
Amoxicilline	0 (n = 9)	40% (n = 5)
SRO	25% (n = 28)	23% (n = 22)

Dans les deux districts, parmi les soignants de l'enfant qui ont donné de la chloroquine, la moitié d'entre eux la possédaient déjà à domicile, mais dans l'ensemble, parmi ceux qui utilisaient des antibiotiques (cotrimoxazole ou amoxicilline) ils étaient beaucoup moins nombreux à posséder le

médicament chez eux. Parmi ceux qui utilisaient des SRO pour leur enfant, un quart possédaient déjà le produit. Si les médicaments en stock au domicile ont l'avantage d'être immédiatement disponibles, leurs conditions d'entreposage sont loin d'être idéales et le fait qu'un médicament soit disponible à la maison est souvent un indicateur qu'il a déjà été utilisé par un membre de la famille et que celui-ci n'a pas reçu le traitement complet recommandé. Au Sénégal, la stratégie de la PCIME ne recommande pas que les antipaludiques et les antibiotiques soient conservés au domicile.

L'enquête a étudié les sources d'approvisionnement des médicaments de première et de deuxième intention recommandés par la directive nationale de la PCIME (chloroquine, cotrimoxazole, SP, amoxicilline, SRO et acide nalixidique) obtenus par les soignants de l'enfant, y compris la source d'origine de ces médicaments déjà présents à la maison. Les soignants de l'enfant s'étaient procurés ces médicaments auprès d'un large éventail de sources, mais le plus fréquemment auprès des structures sanitaires, des cliniques privées et des pharmacies. Ces observations étaient similaires à celles de l'analyse secondaire des données ESIS (BASICS 2002).

La plupart des médicaments figurant dans le tableau 18 ont été obtenus auprès de structures sanitaires publiques, de cliniques ou de pharmacies privées. Les soignants de l'enfant ne s'adressent que peu aux agents de santé communautaires, aux boutiques et aux vendeurs du marché pour se procurer ces médicaments ; ces sources comptent pour à peine 10 pour cent de chacun de ces médicaments dans chaque district. Dans les deux districts, on a observé que les guérisseurs traditionnels n'étaient pas des sources d'approvisionnement en médicaments de la médecine moderne. Cette observation est en contradiction avec l'idée préconçue que les soignants de l'enfant s'adressent d'abord au secteur informel avant de se diriger vers une structure sanitaire, un prestataire ou un vendeur de médicaments du secteur formel. On peut penser qu'il s'agit-là d'une tendance particulière aux soins de l'enfant ; les sources d'approvisionnement de médicaments pour les adultes pourraient être différentes, comme le suggère le rapport de l'ENDA (Environnement et Développement du Tiers Monde) de 1995, qui présente le même profil d'approvisionnement pour les traitements d'enfants, mais qui souligne que les adultes s'adressent à des guérisseurs traditionnels pour les plantes médicinales traitant certaines affections ou aux marchés informels pour les médicaments modernes, surtout dans un souci d'économie.

Tableau 18. Sources d'approvisionnement en médicaments spécifiques utilisées par les soignants de l'enfant

Source d'approvisionnement en médicaments	Chloroquine		Cotrimoxazole		Amoxicilline		SRO	
	Thiès (N = 157)	Kaolack (N = 159)	Thiès (N = 68)	Kaolack (N = 58)	Thiès (N = 9)	Kaolack (N = 5)	Thiès (N = 28)	Kaolack (N = 23)
Guérisseur traditionnel	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Structure sanitaire	41%	33%	44%	34%	44%	20%	61%	56%
Clinique privée	18%	9%	13%	4%	22%	20%	0%	22%
Pharmacie	34%	48%	34%	38%	33%	60%	32%	22%
Boutique	1%	3%	2%	14%	0%	0%	4%	0%
Marché	1%	1%	2%	2%	0%	0%	0%	0%
Case de santé	3%	1%	4%	2%	5%	0%	4%	0%
Autre	2%	4%	0%	7%	0%	0%	0%	0%

La SP et l'acide nalidixique n'ont été mentionnés par aucun des soignants de l'enfant interrogés au cours de l'enquête.

Pour les sources d'approvisionnent de tous les médicaments que les soignants ont utilisés, on a observé des tendances similaires à celles de ces médicaments sélectionnés par la PCIME. « Tous » les médicaments comprennent les traitements de la toux et du rhume, les vitamines ainsi que tous les autres médicaments cités dans l'enquête. Le tableau 19 montre que les sources d'approvisionnement utilisées le plus fréquemment sont les pharmacies privées et les structures sanitaires du secteur public. Les boutiques et les marchés du secteur informel ne sont que peu utilisés dans l'approvisionnement en médicaments par le soignant de l'enfant. Ces observations sont cruciales pour sélectionner et cibler les interventions pour améliorer la gestion des médicaments par la communauté.

Tableau 19. Sources d'approvisionnement utilisées par les soignants de l'enfant pour tous les médicaments

Source d'approvisionnement	Tous les médicaments concernés par l'enquête	
	Thiès (N = 687)*	Kaolack (N = 603)
Guérisseur traditionnel	0%	0%
Structure sanitaire	37%	30%
Clinique privée	15%	8%
Pharmacie	38%	45%
Boutique	4%	10%
Marché	1%	2%
Case de santé	3%	1%
Autre	2%	4%

* N = Total des différents médicaments mentionnés par les soignants de l'enfant au cours de l'enquête.

Les pratiques et recommendations des prestataires et vendeurs de médicaments pour les maladies ciblées par la PCIME

La connaissance et les pratiques des prestataires et vendeurs de médicaments de soins pourraient influencer le choix de médicaments obtenus par le soignant de l'enfant.

L'IRA pas de pneumonie

Les pratiques de prescription et de vente des médicaments des prestataires et vendeurs de médicaments ont été évaluées à l'aide de la description de cas hypothétiques d'enfants atteints d'IRA pas de pneumonie pour lesquels les répondants ont dû décrire le type et la dose de médicament qu'ils recommanderaient. Ces résultats figurent dans le tableau 20.

Tableau 20. Les pratiques de prescription ou de vente rapportées chez les prestataires et vendeurs de médicaments dans les cas d'IRA pas de pneumonie

Pratiques rapportées	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
	Thiès (N = 46)	Kaolack (N = 38)	Thiès (N = 28)	Kaolack (N = 32)	Thiès (N = 33)	Kaolack (N = 30)	Thiès (N = 23)	Kaolack (N = 33)
Ont conseillé des antibiotiques	44%	71%	39%	47%	3%	23%	0	25%
Ont conseillé un traitement de la DST	53%	37%	18%	22%	3%	17%	0	3%
N'ont rien conseillé	15%	0	0	0	3%	6%	43%	30%
Ont référé le cas	2%	3%	11%	6%	39%	33%	43%	36%

Les réponses de tous les prestataires et vendeurs de médicaments de Thiès et de Kaolack à la présentation d'un cas hypothétique d'IRA pas de pneumonie ont mis en évidence une tendance modérée à l'abus d'antibiotiques, mais cet abus était plus fréquent dans les structures sanitaires (surtout à Kaolack) et dans les pharmacies. Les DST recommandées par la stratégie de la PCIME au Sénégal conseillent l'utilisation de miel et — si nécessaire — de paracétamol ; ces conseils ont été évoqués par moins de la moitié des prestataires et vendeurs interrogés. Il faut noter que plusieurs entre eux n'avaient aucune recommandation. Presque la moitié des prestataires des cases de santé et des « autres vendeurs » ont indiqué qu'ils référeraient ces enfants à un autre prestataire, ce qui n'est pas nécessaire dans les cas d'IRA pas de pneumonie.

L'IRA avec Pneumonie

En réponse au cas hypothétique d'un enfant se présentant avec symptômes d'IRA pneumonie (respiration rapide), parmi ceux qui recommanderaient un traitement avec des médicaments, les conseils d'utilisation et de vente d'antibiotiques n'étaient que modérés, même au niveau des structures sanitaires, tous les cas de pneumonie devant faire l'objet de traitement par antibiotiques (Tableau 21).

Tableau 21. Les pratiques de prescription ou de vente rapportées chez les prestataires et les vendeurs de médicaments dans les cas d'IRA (pneumonie)

Pratiques rapportées	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
	Thiès (N = 46)	Kaolack (N = 38)	Thiès (N = 28)	Kaolack (N = 32)	Thiès (N = 33)	Kaolack (N = 30)	Thiès (N = 23)	Kaolack (N = 33)
Nombre des répondants qui recommanderaient un traitement	25	23	1	6	2	7	0	3
Pourcentage de répondants qui recommanderaient des antibiotiques	72%	65%	0%	33%	50%	0	0	0
Pourcentage de répondants qui recommanderaient le cotrimoxazole (le médicament de première intention)	44%	17%	0%	0%	50%	0	0	0
Pourcentage de répondants qui recommanderaient l'amoxicilline (le médicament de deuxième intention)	24%	26%	0	33%	0	0	0	0
Pourcentage de répondants qui recommanderaient une injection	0	2%	0%	0%	0%	0	0	0
Pourcentage de répondants qui référeraient le cas	37%	34%	89%	75%	88%	73%	48%	67%

Le pourcentage de recommandations d'utilisation d'antibiotiques (cotrimoxazole) pour les enfants souffrant de pneumonie était relativement faible, même dans les structures sanitaires, où moins de la moitié des répondants ont dit qu'ils prescriraient du cotrimoxazole. Les répondants des pharmacies privées n'ont pas évoqué le cotrimoxazole. Les injections ne sont pas un traitement de première intention dans les cas de pneumonie – sauf circonstances particulières – et il est bon de noter que très peu de répondants recommanderaient leur usage ou leur vente. Les autres médicaments cités étaient la chloroquine, les calmants de la toux, le paracétamol et le salbutamol. De nombreux répondants ont dit qu'ils préféreraient référer le cas à une autre structure. La même réponse a été obtenue auprès d'un tiers des répondants des structures sanitaires (comme les centres de santé et les cases de santé), alors qu'à ce niveau de soins, les prestataires devraient être en mesure de prendre en charge les cas de pneumonie de manière appropriée et ne devraient référer l'enfant que dans les cas les plus graves. Le fait que les agents de santé communautaires des cases référent les cas de pneumonie est approprié et plus de 70 pour cent déclarent le faire. Ils n'ont en effet pas reçu de formation pour diagnostiquer ces cas et ne sont pas sensés avoir les antibiotiques recommandés. Dans l'ensemble, les répondants des

pharmacies ne reconnaissaient pas la respiration rapide (le symptôme clé du cas hypothétique donné) comme un signe de pneumonie, comme l'indique le faible usage d'antibiotiques et le nombre important de ceux qui référeraient l'enfant ailleurs.

En dépit des faibles résultats recueillis avec le scénario du cas hypothétique de pneumonie, qui est un indicateur indirect du niveau des connaissances des répondants, à la question du médicament le plus couramment prescrit ou vendu dans les cas de pneumonie, les structures sanitaires à Kaolack comme à Thiès ainsi que les cases de santé de Kaolack ont répondu un antibiotique (cotrimoxazole et amoxicilline). On peut noter à Kaolack une prévalence de l'amoxicilline sur le cotrimoxazole. Dans les deux districts, les répondants des pharmacies et des autres points de vente du secteur informel ont indiqué que des traitements contre la toux comme le Théralène, le Pneumorel, et le Pectol étaient les médicaments les plus couramment vendus dans les cas de pneumonie. Ces résultats confirment que le fait que les antibiotiques n'étaient pas cités en réponse au cas hypothétique, n'est pas seulement dû à l'absence de reconnaissance des symptômes, en effet la question sur les médicaments les plus vendus utilisait le terme « pneumonie » et ne dépendait aucunement de la reconnaissance de symptômes. De toute évidence, la gravité de la pneumonie est sous-estimée ou bien le terme « pneumonie » est mal compris dans les pharmacies et par les vendeurs du secteur informel ; en effet ces deux types de point de vente ne manquent pas de vendre des médicaments — inappropriés — dans les cas de pneumonie, même s'ils répondaient dans la partie cas hypothétique qu'ils référeraient ces cas.

La fièvre (le paludisme)

Comme le montre le tableau 22, lorsque le cas hypothétique d'un enfant ayant de la fièvre était présenté aux prestataires et vendeurs de médicaments, la plupart des répondants ont affirmé qu'ils vendraient un antipaludique. La majorité des prestataires des structures sanitaires et des cases de santé qui donneraient des médicaments ont indiqué qu'ils recommanderaient la chloroquine. A Thiès la majorité des répondants des pharmacies ont également indiqué qu'ils recommanderaient la chloroquine, mais à Kaolack, seulement 56 pour cent des répondants des pharmacies qui donneraient des médicaments ont précisé qu'ils recommanderaient la chloroquine dans les cas de paludisme. Ces résultats seraient-ils le fait d'un manque de connaissance sur le traitement de première intention recommandé par les DST nationales ou d'autres facteurs d'influence les poussant à vendre des médicaments autres que la chloroquine ? Peu de répondants du secteur informel vendent des médicaments antipaludiques, quoiqu'ils soient légèrement plus nombreux à Kaolack qu'à Thiès, mais parmi ceux qui en vendent, la plupart vendent de la chloroquine. Il est encourageant de noter que très peu de répondants indiquaient qu'ils utiliseraient des antibiotiques ou des injections dans les cas de paludisme.

Tableau 22. Les pratiques de prescription ou de vente rapportées chez les prestataires et les vendeurs de médicaments dans les cas de paludisme

Pratiques rapportées	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
	Thiès (N = 46)	Kaolack (N = 38)	Thiès (N = 28)	Kaolack (N = 32)	Thiès (N = 33)	(N = 30)	Thiès (N = 23)	Kaolack (N = 33)
Nombre des répondants qui recommanderaient un traitement	45	35	25	30	23	26	4	27
Pourcentage de répondants qui recommanderaient un antipaludique quelconque	100%	100%	88%	90%	91%	84%	25%	66%
Pourcentage de répondants qui recommanderaient de la chloroquine	84%	88%	76%	56%	91%	91%	25%	63%
Nombre des répondants qui recommanderaient un antibiotique	6%	6%	10%	0	0	0	0	0
Pourcentage de répondants qui recommanderaient une injection	6%	3%	2%	0	0	0	0	0
Pourcentage de répondants qui référeraient le cas	0	5%	4%	3%	27%	10%	43%	9%

La proportion des répondants qui recommanderaient la chloroquine tend à diminuer selon les niveaux des structures de soins interrogées, avec le taux le plus fort observé dans les structures sanitaires et le taux le plus faible parmi les « autres vendeurs ». Ceux qui ont répondu ne pas vendre de chloroquine, ont évoqué les antipyrétiques, la quinine, l'amodiaquine, l'ampicilline et l'amoxicilline, ou bien ils ont indiqué qu'ils référeraient l'enfant ailleurs.

A la question du médicament le plus vendu ou le plus prescrit dans les cas de paludisme, les prestataires et les vendeurs de médicaments ont le plus fréquemment répondu la chloroquine dans les deux districts. A Thiès toutefois, les vendeurs ont évoqué l'aspirine comme étant le médicament le plus couramment vendu dans les cas de paludisme. Aucun répondant n'a évoqué la SP (le médicament de deuxième intention dans les cas de paludisme) comme étant le médicament le plus couramment vendu ou prescrit.

La diarrhée

Dans le questionnaire des prestataires et vendeurs de médicaments, l'enquête a abordé les cas de diarrhée liquide non sanglante, pas les cas de diarrhée sanglante. Comme le montre le tableau 23, tous les répondants ont indiqué qu'ils recommanderaient fréquemment des antibiotiques à la question du cas hypothétique de l'enfant ayant une diarrhée simple. Le taux de cette réponse était

particulièrement élevé parmi les vendeurs de marché et les boutiques (« autres vendeurs ») interrogés à Kaolack. Dans les deux districts, les réponses indiquaient un léger abus d'antibiotiques à la fois dans les structures sanitaires et dans les pharmacies. Ce résultat était plus faible dans les cases de santé, mais les antibiotiques ne devaient pas y être disponibles, et donc, en théorie, ces médicaments ne devraient pas y être utilisés du tout.

Tableau 23. Les pratiques de prescription ou de vente rapportées chez les prestataires et les vendeurs de médicaments dans les cas de diarrhée

	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
Pratiques rapportées	**Thiès (N = 46)**	**Kaolack (N = 38)**	**Thiès (N = 28)**	**Kaolack (N = 32)**	**Thiès (N = 33)**	**Kaolack (N = 30)**	**Thiès (N = 23)**	**Kaolack (N = 33)**
Recommanderaient des antibiotiques	21%	26%	22%	31%	3%	10%	18%	63%
Recommanderaient un médicament antidiarrhéique	15%	13%	59%	65%	6%	0	0	0
Recommanderaient des SRO	85%	89%	42%	37%	82%	83%	4%	6%
Ne recommanderaient que des SRO	47%	57%	7%	9%	76%	63%	4%	3%
Référeraient le cas	6%	3%	18%	0	12%	7%	35%	21%

Un taux important de recommandations inappropriées de médicaments antidiarrhéiques a été enregistré dans les pharmacies des deux districts. Les répondants des autres structures et points de vente ont rarement indiqué qu'ils recommanderaient des antidiarrhéiques. A la question du cas hypothétique, la majorité des répondants des structures sanitaires et des cases de santé des deux districts (plus de 80 pour cent) ont répondu qu'ils recommanderaient des SRO, en dépit des problèmes de disponibilité, confirmant que les prestataires savaient que les SRO étaient le traitement de choix pour cette affection. Moins de pharmacies ont répondu qu'elles vendraient des SRO. Cette réponse n'est pas surprenante, à la lumière des résultats de disponibilité, qui montraient que les SRO n'étaient disponibles dans aucune pharmacie. Pratiquement aucun des vendeurs interrogés n'a répondu qu'ils recommanderaient des SRO, même si un cinquième d'entre eux indiquait qu'ils référeraient le cas. Quelques pharmacies et cases de santé ont indiqué également qu'elles référeraient le cas, ce qui ne devrait pas être nécessaire dans les cas de diarrhée simple.

Malgré les résultats des scénarios hypothétiques, qui reflètent, dans une certaine mesure, l'étendue des connaissances des prestataires et vendeurs de médicaments, la question sur le type de médicament le plus couramment vendu dans les cas de diarrhée nous donne une meilleure idée de leurs pratiques réelles. D'après les réponses obtenues, les SRO étaient les médicaments le plus souvent dispensés dans les structures sanitaires et les cases de santé des deux districts. La tétracycline était le médicament le plus couramment vendu par les « autres vendeurs » des deux districts, ainsi que dans les pharmacies à Kaolack, avec le métronidazole et le Ricridène (un autre antidiarrhéique) à Thiès.

Ces résultats montrent qu'il existe de nombreux facteurs qui influencent quel médicament est obtenu pour soigner un enfant malade : la disponibilité et le caractère abordable du prix des médicaments, le niveau de connaissance du prestataire ou vendeur ; les pratiques réelles du prestataire ou vendeur, qui ne correspondent pas toujours à sa connaissance et enfin le comportement décisionnel du soignant de l'enfant lui-même, comportement qui peut être influencé par une série d'autres facteurs, pas seulement les conseils ou l'information relayée par le prestataire ou vendeur de médicaments.

4e étape. Le soignant de l'enfant utilise correctement à la maison les médicaments appropriés

La première question à étudier est de savoir si oui ou non les médicaments appropriés ont été utilisés. Nous avons présenté successivement les différentes affections ainsi que les médicaments utilisés pour soigner l'enfant, suivis des résultats sur l'administration de ces médicaments à la maison. La manière dont les médicaments sont administrés par les soignants de l'enfant peut être influencée par l'information qu'ils ont pu recevoir au moment où ils se sont procurés le médicament, ainsi que par leur propre expérience.

L'utilisation de médicaments appropriés

L'IRA pas de pneumonie

L'IRA pas de pneumonie comprend des affections spontanément résolutives communes, comme le rhume ou la toux simple, affections virales qui ne doivent donc pas être traitées par des antibiotiques. L'usage d'antibiotiques dans les cas d'IRA pas de pneumonie est une pratique inappropriée largement répandue et coûteuse autant pour le système de santé que pour le consommateur, qui réduit la disponibilité des antibiotiques pour d'autres problèmes médicaux plus graves et qui contribue au développement de la résistance aux antibiotiques.

Au niveau des ménages, parmi les soignants de l'enfant ayant une toux simple sans respiration rapide (reconnue comme une IRA pas de pneumonie), dans chacun des districts presque un quart (22 pour cent) ont répondu avoir administré des antibiotiques à leur enfant.

La pneumonie

Dans les pays en voie de développement, les cas de pneumonie sont la plupart du temps d'origine bactérienne. Le traitement de ces cas nécessite l'administration d'antibiotiques : plus spécialement des antibiotiques de première et de deuxième intention selon les directives précisées par la PCIME, qui sont respectivement le cotrimoxazole et l'amoxicilline au Sénégal.

En étudiant les données récoltées pour les cas d'enfants ayant une respiration rapide (reconnu comme le symptôme distinctif de la pneumonie), on a pu observer qu'environ un soignant de l'enfant sur cinq (14 pour cent à Thiès et 23 pour cent à Kaolack) utilisait réellement du cotrimoxazole (l'antibiotique de première intention de la pneumonie) pour soigner leur enfant. Les soignants de l'enfant des zones rurales de Kaolack administraient plus facilement du cotrimoxazole à leur enfant ayant une respiration rapide (28 pour cent [n = 43]) que ceux des

zones urbaines (19 pour cent [n = 26]). Cette tendance était inversée à Thiès, où davantage de soignants de l'enfant des zones urbaines (21 pour cent [n = 29]) administraient du cotrimoxazole à leur enfant que dans les zones rurales (9 pour cent [n = 33]).

Parmi tous les enfants ayant une respiration rapide qui n'avaient pas reçu de cotrimoxazole, seulement 26 pour cent à Kaolack et 24 pour cent à Thiès avaient reçu un autre antibiotique.

La fièvre

Au Sénégal, chaque cas de fièvre devrait être traité comme s'il s'agissait d'un cas de paludisme et devrait recevoir l'antipaludique de première intention, la chloroquine (au moment d'écrire ce rapport).

Comme le montre le tableau 24, seulement environ la moitié des soignants de l'enfant ont indiqué avoir administré de la chloroquine à leur enfant ayant de la fièvre. Les mêmes taux faibles d'utilisation de la chloroquine figurent dans l'enquête CPC effectuée par le PLAN (2002) et dans le MICS-II (2000). Une analyse plus approfondie a toutefois permis de noter que les soignants de l'enfant des zones urbaines administraient plus fréquemment de la chloroquine à leur enfant ayant de la fièvre que ceux des zones rurales, dans les deux districts.

Tableau 24. Pourcentage de soignants de l'enfant utilisant de la chloroquine dans les cas de fièvre

	Thiès	Kaolack
Ensemble de l'échantillon	57% (n = 270)	56% (n = 271)
Zone urbaine	64% (n = 177)	72% (n = 160)
Zone rurale	42% (n = 93)	35% (n = 111)

Parmi les soignants qui n'utilisaient pas de la chloroquine, moins de 10 pour cent utilisaient un autre médicament antipaludique (4 pour cent à Kaolack et 9 pour cent à Thiès), environ 30 pour cent utilisaient des antibiotiques (32 pour cent à Kaolack et 30 pour cent à Thiès) et environ 60 pour cent utilisaient d'autres médicaments, dont l'aspirine, le paracétamol et des remèdes contre la toux ou le rhume. Aucun n'utilisait de SP.

Plus de la moitié des cas de convulsions (attribués au paludisme grave) recevaient de la chloroquine (57 pour cent à Thiès [n = 7], 80 pour cent à Kaolack [n = 5]) et environ un cinquième recevaient une injection de quinine (2 enfants, 1 par district, parmi les 12 enfants ayant des convulsions dans l'échantillon de 12 enfants pour les deux districts confondus). La quinine est bien le traitement recommandé par les directives nationales de la PCIME pour les enfants ayant des convulsions.

La diarrhée

La diarrhée non sanglante doit être traitée avec des SRO en traitement unique, ou au moins une augmentation des apports de liquides pour éviter la déshydratation. Les antibiotiques et les antidiarrhéiques ne sont pas recommandés dans les cas de diarrhée simple.

Au niveau des ménages, la prise en charge des enfants ayant de la diarrhée n'était pas appropriée, comme le montre le tableau 25. Environ un soignant de l'enfant sur cinq utilisait des SRO, pourcentage peut-être surestimé, car certains des « sachets » décrits par les répondants et enregistrés comme des SRO par les enquêteurs (qui ne les ont pas vus) pouvaient être en réalité des sachets d'un antidiarrhéique, par exemple l'Actapulgite ou l'Ultralevure. Seulement deux enfants sur trois ont reçu un apport de liquides supplémentaire. On a noté très peu de différence entre les zones urbaines et les zones rurales. L'enquête CPC du PLAN (2002) et l'étude MICS-II (2002) avaient également observé de faibles taux d'administration des SRO et d'apport supplémentaire de liquide. D'une part, très peu de soignants de l'enfant administraient des antidiarrhéiques, mais d'autre part, sur tous les cas de diarrhée non sanglante, près d'un soignant sur cinq administraient inutilement des antibiotiques.

Tableau 25. Les traitements administrés aux enfants ayant de la diarrhée

Traitements administrés par les soignants de l'enfant	Thiès	Kaolack
Ont administré des SRO à leur enfant ayant de la diarrhée	25% (n = 112)	15% (n = 152)
Ont donné à leur enfant plus de liquides que d'habitude	68% (n = 112)	61% (n = 151)
Ont administré un antidiarrhéique à leur enfant ayant de la diarrhée	16% (n = 113)	3% (n = 152)
Ont administré des antibiotiques à leur enfant ayant une diarrhée simple (non sanglante)	29% (n = 93)	22% (n = 117)
Ont administré du cotrimoxazole à leur enfant ayant une diarrhée sanglante	19% (n = 16)	12% (n = 33)

La diarrhée sanglante doit être traitée avec un antibiotique de première intention (le cotrimoxazole) et des SRO. Moins d'un enfant sur cinq ayant une diarrhée sanglant a reçu du cotrimoxazole.

Absence de traitement médicamenteux

Sur l'ensemble de tous les enfants de l'enquête, 10 pour cent dans le district de Kaolack et 13 pour cent dans le district de Thiès n'ont reçu aucun traitement médicamenteux. Sur l'ensemble des enfants ayant une respiration rapide, 12 pour cent dans le district de Kaolack et 8 pour cent dans le district de Thiès n'ont reçu aucun traitement médicamenteux. Sur l'ensemble des enfants ayant de la fièvre, 9 pour cent dans le district de Kaolack et 4 pour cent dans le district de Thiès n'ont reçu aucun traitement médicamenteux. Ces deux affections doivent être prises en charge rapidement à l'aide d'un traitement médicamenteux. Aucune étude approfondie

n'a été effectuée pour savoir pourquoi les soignants de ces enfants ne leur ont pas administré de médicaments.

L'administration de médicaments par le soignant de l'enfant

Les résultats de l'enquête auprès des ménages montre que les soignants de l'enfant n'administrent pas toujours les médicaments selon la posologie indiquée. L'administration observée de chloroquine, de cotrimoxazole et d'amoxicilline, les médicaments de première et de deuxième intention dans les cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée sanglante figurent dans le tableau 26.[3]

Ce tableau montre que, dans l'ensemble, moins de 10 pour cent des soignants de l'enfant administraient correctement la chloroquine (une fois par jour pendant trois jours). La chloroquine n'était administrée pendant les trois jours complets indiqués que dans un peu plus d'un cas sur deux. Il s'agit d'un résultat que confirme l'étude secondaire des données de l'ESIS (BASICS 2002). Le problème associé à une administration de la chloroquine pendant une durée inférieure aux trois jours indiqués est que l'insuffisance du traitement en réduit l'efficacité tout en augmentant les risques de résistance au médicament lui-même. L'administration prolongée de la chloroquine est un gaspillage des ressources et peut également être associée à une augmentation de la résistance au traitement. La majorité des soignants de l'enfant (environ 70 pour cent) ont administré la chloroquine deux fois par jour, contre 19 pour cent qui l'ont administrée une fois par jour, comme indiqué. Ce résultat pose le problème du surdosage, en particulier si les comprimés contiennent un taux d'ingrédient actif plus élevé que le taux recommandé, fait observé dans une enquête récente (Smine et al. 2002) et qui peut également augmenter la résistance de l'enfant à la chloroquine.

[3] Aucun enfant n'a reçu de SP ni d'acide nalidixique, les médicaments de deuxième intention du paludisme et de la diarrhée sanglante, respectivement.

Tableau 26. L'administration de chloroquine, de cotrimoxazole et d'amoxicilline par les soignants de l'enfant

Médicament administré par le soignant de l'enfant	Thiès	Kaolack
	(n = 156)	(n = 160)
Chloroquine administrée correctement pendant 3 jours	7%	8%
Chloroquine:		
durée appropriée (3 jours)	53%	63%
moins de 3 jours	8%	11%
plus de 3 jours	26%	14%
Chloroquine:		
fréquence appropriée (une fois par jour)	19%	19%
fréquence inappropriée (deux fois par jour)	68%	72%
Cotrimoxazole administré correctement 2 fois par jour pendant 5 jours	(n = 68)	(n = 59)
	25%	10%
Cotrimoxazole:		
durée appropriée (de 5 à 7 jours)	43%	27%
moins de 5 jours	32%	39%
plus de 7 jours	9%	12%
Amoxicilline administrée correctement 3 fois par jour pendant 5 jours	(n = 23)	(n = 11)
	4%	0
Amoxicilline:		
durée appropriée (de 5 à 7 jours)	56%	45%
moins de 5 jours	13%	9%
plus de 7 jours	9%	9%

En étudiant l'administration des autres médicaments (antibiotiques), on a observé que moins d'un enfant sur quatre avait reçu du cotrimoxazole selon les directives de la PCIME (deux fois par jour pendant cinq jours) et que très peu d'enfants avaient reçu de l'amoxicilline selon les directives de la PCIME (trois fois par jour pendant cinq jours), bien que l'échantillon de ces derniers était faible. Moins de la moitié des cas traités par cotrimoxazole avait reçu le médicament entre cinq et sept jours et près d'un tiers l'avait reçu pendant moins de cinq jours, ce qui, comme dans le cas de la chloroquine, risque d'augmenter la résistance de l'enfant au traitement et ne pas soigner la pneumonie. Environ la moitié des soignants de l'enfant administraient de l'amoxicilline pendant cinq à sept jours.

Ces résultats montrent qu'au niveau des ménages, les médicaments ne sont pas vraiment administrés correctement aux enfants, ce qui peut avoir des répercussions non seulement sur la guérison de l'enfant, mais sur l'éventuel développement de la résistance anti-microbienne.

Les conseils sur l'administration des médicaments fournis par le prestataire ou vendeur de médicaments

L'administration correcte des médicaments par le soignant de l'enfant peut dépendre, dans une certaine mesure, du fait que le prestataire ou le vendeur lui a ou non fournit des instructions, de la qualité de ces instructions et du fait que la posologie figurait ou non sur l'étiquette du médicament.

Comme le montre le tableau 27, la majorité des soignants utilisant de la chloroquine, du cotrimoxazole ou de l'amoxicilline ont indiqué avoir reçu de la part du prestataire ou du vendeur des instructions sur la durée du traitement lorsqu'ils obtenaient ces médicaments d'une structure sanitaire du secteur public, d'une clinique privée ou d'une pharmacie (environ 80 pour cent). Le pourcentage était semblable pour les agents de santé communautaires des cases de santé qui eux aussi fournissaient des instructions sur la durée du traitement, mais les cases de santé n'étant pas une importante source d'approvisionnement pour les soignants de l'enfant de l'enquête, l'échantillon était très faible. Lorsque les médicaments provenaient de boutiques ou de vendeurs, les soignants de l'enfant ont indiqué ne recevoir que rarement des instructions sur la durée du traitement. La durée du traitement a été considérée comme l'un des aspects de l'information ou des instructions que le soignant de l'enfant devrait recevoir pour l'aider à administrer les médicaments. Le fait que seul cet aspect de l'administration des médicaments ait été utilisé comme indicateur, ne diminue en rien l'importance des autres aspects, la fréquence et la dose.

Tableau 27. Pourcentage de soignants de l'enfant qui ont indiqué avoir reçu de la part du prestataire ou vendeur de médicaments des instructions sur la durée du traitement

Type de structure auprès de laquelle le médicament a été obtenu	Chloroquine		Cotrimoxazole		Amoxicilline	
	Thiès	Kaolack	Thiès	Kaolack	Thiès	Kaolack
Structure sanitaire publique	94% (n = 64)	96% (n = 52)	100% (n = 30)	80% (n = 20)	100% (n = 4)	100% (n = 1)
Clinique privée	86% (n = 29)	73% (n = 15)	100% (n = 9)	100% (n = 2)	100% (n = 2)	100% (n = 1)
Pharmacie privée	88% (n = 55)	87% (n = 77)	87% (n = 23)	77% (n = 22)	100% (n = 2)	100% (n = 1)
Case de santé	80% (n = 5)	100% (n = 1)	100% (n = 3)	100% (n = 1)	n = 0	n = 0
Boutique	0 (n = 1)	20% (n = 5)	0 (n = 1)	0 (n = 8)	n = 0	n = 0
Marché	0 (n = 2)	50% (n = 2)	0 (n = 1)	0 (n = 1)	n = 0	n = 0
Autre	33% (n = 3)	83% (n = 6)	100% (n = 1)	50% (n = 4)		

Connaissance des doses des prestataires et vendeurs de médicaments

Si le prestataire ou le vendeur de médicaments fournit des instructions sur les doses, il est crucial que cette information soit exacte. Pour évaluer la connaissance des produits auprès ces répondants, nous leur avons demandé d'indiquer la posologie des médicaments qu'ils recommandaient pour les affections principales dans les cas hypothétiques qui leur étaient présentés. L'information concernant la chloroquine et le cotrimoxazole (en tant que médicaments de première intention) s'est prêtée à l'établissement d'indicateurs, comme l'indique le tableau 28.

Le tableau montre bien que la question de la connaissance des produits par les répondants est problématique en ce qui concerne les doses. Parmi ceux évoquant le cotrimoxazole, la fréquence appropriée du traitement (deux fois par jour) et la durée du traitement (cinq jours) était plus souvent observées dans les structures de santé de Thiès que dans celles de Kaolack. Le cotrimoxazole ne devrait pas être disponible dans les cases de santé et lorsque les doses étaient évoquées par les équipes de ce niveau de soins, leur connaissance était la plupart du temps incorrecte.

Tableau 28. Les doses de chloroquine et de cotrimoxazole indiquées par les prestataires et vendeurs de médicaments ayant indiqué qu'ils recommanderaient ces médicaments dans les cas hypothétiques qui leur étaient présentés

Parmi ceux qui évoquaient un médicament spécifique	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
	Thiès (N = 46)	Kaolack (N = 38)	Thiès (N = 28)	Kaolack (N = 32)	Thiès (N = 33)	Kaolack (N = 30)	Thiès (N = 23)	Kaolack (N = 33)
% indiquant la fréquence appropriée pour le cotrimoxazole	90% (n = 11)*	75% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 1)	0% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
% indiquant la durée appropriée pour le cotrimoxazole	81% (n = 11)	50% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
% indiquant la fréquence appropriée pour la chloroquine	26% (n = 38)	14% (n = 35)	10% (n = 19)	0% (n = 17)	42% (n = 21)	28% (n = 21)	0% (n = 1)	12% (n = 17)
% indiquant la durée appropriée pour la chloroquine	64% (n = 38)	82% (n = 35)	88% (n = 19)	71% (n = 17)	75% (n = 21)	90% (n = 21)	0% (n = 1)	50% (n = 17)

*Parce que tous les répondants n'ont pas évoqué des médicaments spécifiques, le "n" utilisé dans le calcul des pourcentages représente le nombre de prestataires ayant évoqué un médicament spécifique et non pas le nombre total de répondants de l'étude. Par exemple, sur les 46 structures sanitaires de Thiès, seulement 11 répondants ont évoqué le cotrimoxazole.

Il semblerait que tous les types de prestataires et vendeurs aient des difficultés avec l'information concernant la chloroquine. Le taux des prestataires et vendeurs fournissant des informations correctes sur la fréquence des doses était très faible. Le seul taux relativement élevé était celui des cases de santé à Thiès (42 pour cent). Dans l'ensemble, les informations concernant la durée des traitements étaient relativement bien communiquées ; cependant, des structures sanitaires 64 pour cent des répondants de Thiès, et 82 pour cent des répondants de Kaolack mentionnèrent l'information correcte sur la durée du traitement (trois jours). Le fait que les vendeurs informels de Kaolack ne connaissent pas les doses correctes d'administration de la chloroquine n'était pas surprenant ; ils avaient pourtant déclaré fournir parfois des informations aux soignants de l'enfant se procurant des médicaments.

D'une manière générale, bien qu'il soit « en théorie » souhaitable que les prestataires et vendeurs fournissent des instructions aux soignants de l'enfant, ces données sont souvent incorrectes ou inappropriées.

Les pratiques de prescription et de dispensation des prestataires et vendeurs de médicaments

On a interrogé les prestataires et les vendeurs de médicaments sur leurs pratiques de dispensation et de vente des médicaments et s'ils inscrivaient ou non des instructions sur les étiquettes des emballages, dans la mesure où il s'agit d'un facteur important qui intervient dans l'administration des médicaments par le soignant de l'enfant. Si ces résultats peuvent être exploités pour mesurer la *connaissance* des bonnes pratiques de dispensation, ils ne nous donnent aucune indication sur leurs pratiques *réelles* (ces dernières ne faisant pas partie de l'enquête). Ces résultats permettent néanmoins d'identifier certains problèmes. Ces résultas figurent dans le tableau 29.

Tableau 29. Les pratiques de dispensation des prestataires et vendeurs de médicaments

Pratique de dispensation indiquée	Structures sanitaires		Pharmacies		Cases de santé		Autres vendeurs	
	Thiès (N = 46)	Kaolack (N = 38)	Thiès (N = 28)	Kaolack (N = 32)	Thiès (N = 33)	Kaolack (N = 30)	Thiès (N = 23)	Kaolack (N = 33)
Ont utilisé des emballages appropriés pour les comprimés	80%	86%	96%	97%	52%	64%	61%	43%
Les étiquettes de boîtes de comprimés comportaient la dose, la fréquence et la durée du traitement	17% (n = 41)	53%	29%	28%	28% (n = 28)	43%	4%	9%
Ont utilisé des emballages appropriés pour les médicaments en sirop	97%	100%	100%	100%	55%	100%	100%	100%
Les étiquettes des bouteilles de sirops comportaient la dose, la fréquence et la durée du traitement	20% (n = 40)	55%	29% (n = 28)	28%	7% (n = 28)	42% (n = 26)	50% (n = 2)	15% (n = 13)

Pour les comprimés, les emballages appropriés doivent être hermétiques pour les conserver à l'abri de la poussière et de l'humidité à la maison. La plupart des emballages de comprimés que fournissent les prestataires et les vendeurs de médicaments sont appropriées (c'est-à-dire, hermétiques et scellés), en grande partie parce qu'ils vendent les produits dans leur emballage

d'origine. Cependant cela ne se produit qu'une fois sur deux dans les cases de santé et les vendeurs de la rue, qui fournissent le plus souvent des médicaments en vrac. Les sirops, en revanche, sont vendus dans leurs flacons d'origine, ce qui simplifie les problèmes d'emballage. Si l'on s'attache au critère de précision de l'étiquette comportant le nom du patient, le nom du médicament et la posologie — dose, fréquence et durée — du traitement (ces données ne figurent pas sur le tableau parce qu'aucune réponse n'a été enregistrée pour tous les prestataires dans les deux districts), l'étiquetage est inadéquat pour tous les prestataires. En s'attachant à des critères moins rigoureux — dose, fréquence, durée du traitement — le tableau montre que le nombre de prestataires et vendeurs qui étiquettent les médicaments de manière appropriée est plus élevé. Moins d'un prestataire sur deux, toutefois, fournit des étiquettes comportant les instructions indispensables pour une administration correcte du médicament.

LIMITES DES DONNEES

Méthodologie

C'était la première fois que cette enquête était menée et c'était une sorte de test sur le terrain. Quelques défauts mineurs dans le questionnaire et la méthodologie ont été relevés et ils seront corrigés dans la mise au point finale de l'instrument. Des questions directes de connaissance remplaceront l'usage de cas hypothétiques dans l'enquête auprès des prestataires et vendeurs de médicaments ; en effet plusieurs cas de scénarios étaient confus pour les répondants et leurs réponses ne reflètent donc pas forcément leurs connaissances réelles. Aucune évaluation des répondants sur leur connaissance de la posologie de médicaments spécifiques (comme la chloroquine ou le cotrimoxazole) n'a pu être effectuée lorsqu'ils ne citaient pas ces médicaments.

Il est certain que l'exclusion des enfants qui ne sont pas guéris a, d'une certaine façon, diminué le nombre de cas graves ou chroniques évalués. C'est un avantage pour l'interprétation des données mais cela pourrait signifier que certains comportements ne sont pas étudiés.

Dans l'enquête auprès des ménages tous les médicaments mentionnés par les soignants de l'enfant n'étaient pas identifiables ; néanmoins leur proportion est minime et n'influence pas l'interprétation des résultats. A Thiès, 53 entretiens sur 300 (18 pour cent) et à Kaolack 28 sur 300 (9 pour cent) (soit 81 sur 600 : 13 pour cent dans l'ensemble) comprenaient des médicaments qui n'étaient pas identifiés par les répondants ou par les superviseurs. Le coordinateur a essayé d'identifier quelque uns de ces médicaments et a réussi à les identifier dans 40 questionnaires supplémentaires sur les 81, ne laissant que 41 questionnaires sur 600 (7 pour cent) contenant un ou plusieurs médicaments non identifiés.

L'enquête ne cherche pas à savoir si les médicaments ont été obtenus sur ordonnance ou sur les conseils de quelqu'un d'autre (comme des vendeurs de médicaments, des amis ou de la famille.) Cette information serait importante à connaître pour affiner les interventions.

La plupart de ces remarques ont été prises en compte dans les révisions finales des instruments de collecte de données.

Période de l'enquête

Cette enquête a été menée pendant la saison des pluies, ce qui a pu influencer, pour les ménages, le type de répondants trouvés à la maison ; de toute façon, le quota complet d'entretiens a été réalisé. Il est difficile de trouver des gens chez eux en période de culture, et les enquêteurs ne prenaient pas de rendez-vous pour revenir à une date ultérieure. Est-ce que ceux qui étaient à la maison étaient différents de ceux qui étaient dans les champs et n'étaient pas disponibles ? Le nombre important de cas de paludisme peut aussi avoir été dû à la saison des pluies.

La DPM avait effectué des contrôles sur les vendeurs de médicaments informels pendant les mois précédents l'enquête, ce qui a pu diminuer le nombre de vendeurs de médicaments rencontrés et aussi faire hésiter les soignants de l'enfant à répondre honnêtement s'ils avaient acheté les médicaments à une source informelle. Cette conséquence a été minimisée par l'emploi d'enquêteurs qui ne venaient pas du secteur de la santé (enseignants). Néanmoins, l'arrestation d'un vendeur du marché à Thiès, à la fin de la première semaine d'enquête a peut-être influencé les réponses au niveau des ménages et a certainement compliqué la possibilité pour les enquêteurs d'approcher des vendeurs du secteur informel.

Pendant la période de l'enquête, les bureaux régionaux et de districts de santé étaient débordés, ce qui a perturbé les demandes de personnel ou d'autres ressources. Cependant, la participation et le support logistique des ces bureaux ont été efficaces.

Utilisation des indicateurs

La tendance des indicateurs est plus significative que leurs valeurs réelles, car même si la taille de l'échantillon était suffisante pour que les données soient représentatives, elle n'était pas assez rigoureuse pour avoir des résultats extrêmement précis. Aucun test statistique n'a été réalisé pour confirmer sa signification. Le but de l'enquête est plus d'identifier l'ampleur du problème que de le décrire précisément. C'est pourquoi les limites susmentionnées sont acceptables.

Couverture géographique

Les résultats ne sont pas applicables à l'ensemble du pays, mais dans la mesure où Kaolack et Thiès ne sont pas des particularismes, les résultats pourraient être utilisés pour donner une indication générale de l'ampleur du problème.

CONCLUSIONS

L'enquête GMME-C a permis d'identifier les forces et les faiblesses de la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire. Certains problèmes, comme le faible taux d'utilisation des SRO dans les pharmacies privées, avaient déjà été mis en évidence en 2001, grâce à l'enquête GMME et d'autres évaluations comme l'ESIS 1999 et l'enquête CPC du PLAN, permettant donc de confirmer les résultats obtenus, mais de nouvelles questions virent le jour, en particulier au niveau des soignants de l'enfant et des prestataires et vendeurs de médicaments. Les résultats de l'enquête au niveau communautaire seront très utiles au MSHP, tant au niveau du secteur de distribution des médicaments que pour la santé de l'enfant et la PCIME. Le moment ne pouvait être mieux choisi, puisque le DAN prépare actuellement le plan stratégique de la PCIME-C et se propose d'y incorporer certaines recommandations de l'enquête GMME-C. Les médicaments se trouvent au cœur de la prise en charge appropriée des maladies par les soignants de l'enfant et il est indispensable de garantir leur disponibilité et leur administration appropriées.

Les points faibles du système devront être étudiés de façon prioritaire pour cibler les interventions appropriées et améliorer la gestion des médicaments au niveau communautaire. Certaines de ces interventions peuvent être intégrées aux activités de la PCIME au niveau communautaire dans quelques districts et, selon leur efficacité, pourront être étendues à d'autres districts pour en généraliser l'impact. Il est également important de reconnaître certains points forts du système à leur juste valeur et de les renforcer ou d'en élargir la pratique à d'autres communautés, dans la mesure du possible.

En étudiant les résultats de chaque étape du cycle, nous sommes en mesure de tirer certaines conclusions de l'enquête GMME-C.

1. Le soignant de l'enfant reconnaît les symptômes que l'enfant présente

La prise en charge appropriée de l'enfant ne peut avoir lieu que si son soignant reconnaît les symptômes et est en mesure d'en évaluer la gravité. Dans l'ensemble, la gravité des cas de paludisme sévère et de pneumonie était relativement bien reconnue.

2. Le soignant de l'enfant cherche rapidement une prise en charge auprès d'une source appropriée

Les soignants de l'enfant présentant des convulsions ou une respiration rapide ont pris les mesures nécessaires, en s'adressant à des sources appropriées pour une prise en charge en dehors de la maison, un fait néanmoins plus couramment observé dans les cas de convulsions que de pneumonie. La recherche de soins était immédiate dans les cas de paludisme grave. La prise en charge des cas de paludisme simple était également effectuée dans un délai recommandé ; par contre, elle était souvent retardée dans les cas de pneumonie. Selon les soignants de l'enfant, ni

les prestataires ni les vendeurs de médicaments n'offraient pas de référer ces cas graves à un centre de santé.

3. Le soignant de l'enfant obtient les médicaments appropriés

L'absence de SRO dans les pharmacies privées et leur faible disponibilité dans les structures de santé est le résultat le plus alarmant de l'enquête. Il s'agit là du facteur qui contribue sans nul doute aux carences de la prise en charge appropriée des cas de diarrhée. Dans l'ensemble, la chloroquine et le cotrimoxazole en comprimés sont relativement disponibles, mais à un moindre degré dans les cases de santé (il faut reconnaître que actuellement, le cotrimoxazole n'est pas prévu pour être stocké à ce niveau). La disponibilité de la SP était insuffisante dans les cliniques du secteur public. Contrairement à la tétracycline, la chloroquine n'était pas largement disponible dans un grand nombre de points de vente du secteur informel. Chez tous les prestataires et vendeurs de médicaments, ces médicaments sous forme de sirop, plus adapté à une administration aux enfants, sont moins disponibles que les comprimés.

La plupart des soignants de l'enfant ont indiqué pouvoir presque toujours trouver de la chloroquine ou du cotrimoxazole, ce qui semble correspondre avec la disponibilité réelle de ces médicaments. En revanche, près de la moitié d'entre eux disaient pouvoir se procurer des SRO non loin du domicile, alors que la disponibilité réelle de ce médicament n'atteint pas ce niveau. Il faut noter que la connaissance des produits SRO est très insuffisante parmi les soignants interrogés au cours de l'enquête.

Le caractère abordable du prix d'un médicament est un autre facteur de son accessibilité. Dans l'ensemble, les soignants de l'enfant estimaient que la chloroquine et le cotrimoxazole étaient plutôt abordables ; le prix de ces médicaments ne semble donc pas un obstacle à leur accessibilité. L'enquête a pourtant fait apparaître d'importantes différences de prix, non seulement entre les secteurs, mais également entre les cases et les postes de santé ainsi que d'un district à l'autre.

Il semblerait que les médicaments utilisés dans le secteur informel proviennent du secteur informel lui-même et des circuits du marché parallèle, ce qui permettrait de penser que le secteur formel dispose de médicaments d'une meilleure qualité.

Les soignants de l'enfant se procurent la majorité des médicaments auprès de sources appropriées comme les structures sanitaires et les pharmacies ; la demande de médicaments pour la prise en charge des enfants malades auprès du secteur informel est relativement faible. Rares sont les soignants de l'enfant qui disposent de SRO et de chloroquine à la maison pour une prise en charge immédiate des cas de paludisme et de diarrhée, alors qu'ils possèdent parfois des antibiotiques à domicile.

Le fait que les soignants de l'enfant obtiennent tel ou tel médicament pour la prise en charge de ces maladies semble être en rapport direct avec l'influence qu'exercent sur eux les prestataires et les vendeurs de médicaments, ainsi d'autres raisons propres aux soignants de l'enfant. Les prestataires ne semblent pas posséder une connaissance des DST ni des signes clés de certaines

maladies de l'enfant. De nombreux prestataires ont déclaré qu'ils recommanderaient la prise d'antibiotiques pour le traitement d'un cas d'IRA pas de pneumonie ; la plupart de prestataires ne pouvait pas reconnaître les cas de pneumonie et ne les traitait pas correctement—le cotrimoxazole n'a pas été utilisé. Bien que la majorité des prestataires et vendeurs aient déclaré recommander la chloroquine dans la plupart des cas de fièvre, ils n'avaient pas tendance à recommander les SRO, mais en revanche utilisaient des antidiarrhéiques et des antibiotiques pour traiter les cas de diarrhée simple.

4. Le soignant de l'enfant utilise correctement à la maison les médicaments appropriés

Les enfants atteints d'IRA pas de pneumonie étaient traités inutilement par antibiotiques et rares étaient ceux présentant des signes de pneumonie qui recevaient du cotrimoxazole. Il s'agit d'un sérieux problème qu'une recherche opérationnelle tente déjà de résoudre avec des agents de santé communautaires dans les cases de santé en déterminant si une meilleure disponibilité au niveau communautaire du cotrimoxazole et sa dispensation par un agent spécialement formé permettra d'en augmenter l'utilisation dans les cas de pneumonie.

Bien que les soignants de l'enfant n'utilisent pas d'antibiotiques ou d'injections dans les cas de paludisme — ce qui est un bon indicateur — l'utilisation de la chloroquine reste faible. Il est possible que ceci soit dû au fait qu'elle n'est pas perçue comme étant disponible ou à des craintes concernant son efficacité. La diarrhée n'était pas prise en charge de manière appropriée : les soignants de l'enfant n'utilisent pas les SRO, rares sont ceux qui augmentent l'apport de liquides, mais les traitements antidiarrhéiques sont peu utilisés. Il était plus courant d'observer la prise en charge de diarrhée simple par antibiotiques que celle de la diarrhée sanglante par le cotrimoxazole.

L'administration de médicaments à la maison par les soignants de l'enfant semble dépendre des informations que leur transmettent éventuellement les prestataires ou les vendeurs de médicaments. L'enquête a montré que les prestataires et vendeurs du secteur formel précisent, dans une certaine mesure, la posologie et le mode d'administration des médicaments, mais que ces instructions sont rarement écrites sur des étiquettes. D'autre part, on a observé que certains prestataires et vendeurs ne connaissaient pas suffisamment le schéma posologique de médicaments clés comme la chloroquine et le cotrimoxazole.

Quelle qu'en soit la cause, l'administration des médicaments à la maison était inadéquate. La chloroquine était administrée deux fois par jour pendant des périodes variables, parfois supérieures aux trois jours indiqués ; peut-être dans un but prophylactique. L'administration du cotrimoxazole était souvent inférieure à cinq jours et rares étaient les soignants de l'enfant qui respectaient le protocole correct.

Autres observations

Les disparités entre zones rurales et zones urbaines

Quoique tous les indicateurs des différences entre milieu rural et milieu urbain n'aient pas été analysés, on a pu observer certaines tendances intéressantes.

La prévalence des cas de pneumonie était plus importante dans les zones rurales. Les soignants de l'enfant des zones rurales avaient tendance à réagir plus rapidement dans les cas de pneumonie. Les prestataires et vendeurs de médicaments des zones urbaines semblaient plus enclins à référer des cas de pneumonie et de paludisme grave à un centre de santé, sans doute en raison de leur plus grande proximité.

La chloroquine était plus souvent utilisée en milieu urbain qu'en zone rurale. Cette observation peut indiquer que les soignants de l'enfant pensent qu'elle est plus disponible dans les zones urbaines que rurales. Les résultats de l'enquête n'ont pas fait apparaître une grande différence de la perception du caractère abordable entre les zones urbaines et les zones rurales.

Certaines différences ont été observées spécifiquement dans un district . Le cotrimoxazole, par exemple, était plus largement administré pour la prise en charge de la pneumonie en zone rurale qu'en zone urbaine dans le district de Kaolack, mais l'inverse a été observé dans le district de Thiès. Il serait intéressant d'étudier la cause de ces comportements afin de mettre en place des interventions appropriées.

Les différences entre les districts

Les cas de diarrhée étaient plus nombreux dans le district de Kaolack que dans celui de Thiès, très probablement pour des raisons géographiques. Les cas de paludisme, en revanche, étaient les mêmes.

Dans les cases de santé sélectionnées pour l'enquête, la disponibilité des médicaments était légèrement supérieure dans le district de Kaolack que dans celui de Thiès. Le cotrimoxazole y était même disponible, alors qu'il ne devrait pas être stocké à ce niveau de distribution. Des médicaments tels que la chloroquine, la SP et les antibiotiques étaient plus largement disponibles dans les circuits du marché informel de Kaolack. Dans l'ensemble, la perception de la disponibilité de la chloroquine et du cotrimoxazole était plus faible dans le district de Kaolack, où de nombreux soignants de l'enfant pensaient que ces médicaments étaient introuvables. Pourtant, davantage de soignants de l'enfant disposaient de chloroquine à la maison dans le district de Kaolack. Il semble que les activités du secteur informel soient légèrement plus importantes dans le district de Kaolack où les soignants de l'enfant disent s'adresser à des vendeurs de boutiques et des vendeurs du marché ; cependant, là encore il peut s'agir d'une réticence de communication de la part des soignants de l'enfant — après l'arrestation récente d'un vendeur de marché à Thiès — arrestation dont l'annonce fut largement diffusée.

On a pu noter également des différences entre les pratiques rapportées dans les différents points de distribution. Les répondants des structures sanitaires de Kaolack ont plus souvent indiqué

utiliser des antibiotiques pour la prise en charge des cas de non pneumonie qu'à Thiès, alors qu'ils étaient moins nombreux à recommander le cotrimoxazole pour les cas de pneumonie ; l'amoxicilline était plus fréquemment utilisée que le cotrimoxazole. Moins de soignants de l'enfant utilisaient le cotrimoxazole à Thiès qu'à Kaolack pour la prise en charge des enfants présentant des symptômes de pneumonie. On a observé que les vendeurs du secteur informel avaient plus souvent recours aux antibiotiques pour la prise en charge de la diarrhée à Kaolack qu'à Thiès, sans doute parce que la disponibilité de la tétracycline y est plus importante.

Résumé

Les résultats dégagés par l'enquête sont présentés ici dans l'ordre des quatre étapes mentionnées plus haut :

- Dans l'ensemble, les soignants de l'enfant réagissent dans un délai recommandé en cas de fièvre ou de convulsions, mais pas quand il s'agit de respiration rapide (le symptôme clé de la pneumonie).

- L'enquête montre que la disponibilité de certains médicaments comme la chloroquine et le cotrimoxazole est en général satisfaisante dans les structures enquêtées, mais à des niveaux inappropriés de distribution.

- Non seulement les SRO ne sont que peu disponibles, en particulier dans les pharmacies privées, mais on a constaté que les soignants de l'enfant ont une connaissance insuffisante de ces produits.

- La plupart des soignants de l'enfant se procurent des médicaments dans le secteur formel, ce qui montre que les interventions (du moins en ce qui concerne la santé de l'enfant) devraient être favorisées dans ce secteur.

- Peu de soignants de l'enfant traitent les cas de fièvre par la chloroquine, un fait plus prononcé en milieu rural qu'en milieu urbain.

- Dans l'ensemble, les soignants de l'enfant ne traitent pas la diarrhée de manière appropriée, c'est-à-dire avec des apports de liquides et/ou un traitement par SRO.

- Les soignants de l'enfant font rarement appel à des antibiotiques pour traiter la respiration rapide, mais ont tendance à les administrer trop facilement pour traiter une toux due à une IRA (pas de pneumonie).

- Les soignants de l'enfant n'administrent pas les médicaments correctement, qu'il s'agisse de la durée ou de la fréquence du traitement.

- Tous ces problèmes sont aggravés par les mauvaises pratiques des prestataires et vendeurs de médicaments. La plupart des prestataires de soins et vendeurs de médicaments interrogés au cours de l'enquête ne semblaient pas suffisamment

familiarisés avec les DST en vigueur, ni avec les posologies indiquées pour ces médicaments.

A présent que les principaux problèmes ont été identifiés, il est nécessaire d'approfondir certaines questions pour mettre en place les interventions appropriées. Par exemple, quels sont les facteurs qui pèsent sur le choix des médicaments que le soignant de l'enfant se procure — est-ce une ordonnance, le conseil d'un pharmacien ou d'un vendeur ou le choix personnel du soignant de l'enfant ? L'étude plus approfondie de ces facteurs permettra de formuler des messages ciblés, adaptés à la population pour améliorer le choix des médicaments appropriés.

Quels sont les facteurs déterminant l'administration d'un médicament à un enfant malade ? Est-ce le niveau de connaissance ou d'expérience du soignant de l'enfant, la qualité de l'information que lui fournit le prestataire ou vendeur ou le fait que l'enfant guérisse ? Le problème de l'administration incorrecte de la chloroquine deux fois par jour qui a été découvert, vient, par exemple, d'une ancienne posologie à présent remplacée par une prise unique par jour. Le fait que les prestataires et vendeurs de médicaments et les soignants de l'enfant ignorent cette modification n'en rend que plus crucial l'effort de sensibilisation et d'information sur cette nouvelle posologie.

RECOMMANDATIONS ET PROCHAINES ETAPES

En faisant état de certains atouts et carences de la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire, ce rapport permet de dégager un certain nombre d'interventions ciblées qui permettront de résoudre les problèmes identifiés. En février 2003, un atelier a été organisé pour garantir la mobilisation des différentes parties impliquées, présenter les premiers résultats de l'enquête et ouvrir une discussion sur les problèmes identifiés par l'enquête. L'atelier réunissait les principales parties impliquées, provenant des différents départements du MSHP (y compris les personnes directement concernées par la gestion des médicaments et la santé de l'enfant) ainsi que d'autres partenaires, tels que des représentants des équipes régionales et de district, des ONG, des pharmaciens du secteur privé, des bailleurs de fonds, l'OMS et l'UNICEF. Réunis en groupes de travail, les participants à l'atelier ont pu dresser une liste des priorités dégagées par l'enquête et déterminer des interventions pour résoudre les questions prioritaires. La plupart des interventions dans ce rapport ont été proposées par les participants de l'atélier et le MSHP s'est engagé à en intégrer le plus grand nombre possible dans ses différents programmes stratégiques et à les mettre en œuvre en collaboration avec les organisations partenaires et les ONG. L'enquête ayant démontré le rôle crucial que joue le secteur privé dans le processus d'accès aux médicaments, le MSHP a pris conscience de l'importance d'une collaboration avec les organismes de ce secteur, tels que l'ordre des pharmaciens et le syndicat des pharmaciens pour améliorer la gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire.

Au sein des interventions proposées, il est important de concentrer les efforts sur celles qui auront l'impact le plus significatif. Dans la mesure où l'enquête a démontré que les structures de santé et les pharmacies sont les principales sources d'approvisionnement en médicaments, les interventions prioritaires doivent concerner directement ces structures. D'après l'enquête, les cases de santé ne sont pas les structures les plus utilisées et il serait intéressant de comprendre pourquoi. Cette faible fréquentation est-elle due à la mauvaise qualité de leurs services, à l'irrégularité de leurs horaires qui ne facilitent pas leur accès ou au fait que le prix des médicaments y est élevé ?

La prévalence du paludisme étant plus importante que celle de la diarrhée ou de la pneumonie, les interventions initiales doivent être axées prioritairement sur l'amélioration de la gestion des médicaments du paludisme au niveau communautaire. Puisque l'utilisation de la chloroquine dans la prise en charge du paludisme est déjà plus importante que celle des médicaments de première intention dans les cas de pneumonie ou de diarrhée, il serait sans doute plus efficace de concentrer les efforts initiaux sur l'utilisation appropriée des médicaments pour lutter contre la mortalité et la morbidité infantiles dues au paludisme.

Les propositions d'interventions suivantes ont été regroupées selon le niveau ou le groupe ciblé. Il est conseillé de déterminer quelles sont les interventions prioritaires et quelles sont celles faisables tout en insistant sur les problèmes les plus urgents. L'étude plus approfondie des facteurs déterminant certains comportements peut être recommandée avant toute mise en œuvre. L'exploration à l'aide de méthodes qualitatives s'avère pertinente, car, en limitant le cadre de la recherche, elle permet d'approfondir les questions soulevées avec une approche pragmatique et

directe. Des rapports comme ENDA 1995, ESIS 1999, ainsi que l'enquête CPC 2002 peuvent être utiles. Quoiqu'au Sénégal, la plupart des décideurs et les directeurs de programmes sont en mesure de comprendre ces facteurs décisionnels et le contexte dans lequel ils s'inscrivent.

Les soignants de l'enfant

Un effort tout particulier doit s'adresser aux soignants de l'enfant, pour leur permettre de modifier leur comportement de prise en charge de l'enfant malade. En revanche, il est tout aussi essentiel d'insister sur le caractère positif de leurs comportements adéquats, comme la recherche de soins en dehors de la maison pour les cas graves de paludisme ou de pneumonie et la prise en charge des cas de paludisme grave dans les plus brefs délais.

Comme pour toute intervention visant à modifier le comportement humain, l'étude de tous les différents facteurs à l'origine de certains comportements est fondamentale. L'exploration à l'aide de méthodes qualitatives s'avère pertinente, car, en limitant le cadre de la recherche, elle permet d'approfondir une approche pragmatique et directe des questions soulevées. Au Sénégal, les décideurs et les directeurs de programmes peuvent être en mesure de comprendre ces facteurs décisionnels et le contexte dans lequel ils s'inscrivent pour la simple raison qu'ils sont généralement eux-mêmes concernés, soit directement, soit par l'intermédiaire d'amis ou de membres de leurs familles, et qu'ils sont souvent eux-mêmes des soignants de l'enfant, donc ils sont capables d'éclairer le processus des interventions.

1. Communiquer des messages destinés à modifier le comportement des soignants de l'enfant à travers les médias, les groupes communautaires locaux regroupant les chefs de villages, les groupes de femmes, les relais d'agents de santé, les organisations locales et autres mécanismes faisant partie du PIC ainsi que les prestataires eux-mêmes. Parmi les sujets qui ont besoin d'être abordés, citons :

    - l'identification des signes de danger
    - la rapidité et l'adéquation de la recherche de soins
    - la disponibilité des médicaments
    - la prise en charge de la fièvre par la chloroquine
    - la prise en charge de la diarrhée et l'utilisation des SRO
    - la prise en charge des cas de respiration rapide par antibiotiques (Bactrim)

2. Améliorer la qualité de l'information communiquée aux soignants de l'enfant en les invitant à exiger des prestataires une meilleure information sur la façon de prendre les médicaments. Cet effort peut considérablement bénéficier de l'appui des groupes de femmes et des agents de santé communautaires.

Les prestataires

Qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé, les prestataires sont des intermédiaires clés en contact direct avec les soignants de l'enfant et se trouvent donc, dans une certaine mesure, capables d'influencer leur comportement ou du moins de renforcer la teneur de certains messages. Pour ce faire, leurs propres pratiques devront néanmoins être améliorées. Ces interventions sont un ensemble de formation et de renforcement de capacité à travers la supervision et la conception d'aides mémoire aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé.

Le secteur public

3. Poursuivre le développement sur l'ensemble du pays des programmes de formation à la PCIME des agents de santé.

4. Former les agents des structures sanitaires du secteur public à la gestion de stock pour garantir la disponibilité des médicaments, notamment des SRO.

5. Renforcer les mécanismes de supervision et de monitoring semestrielle des structures sanitaires, y compris les cases de santé et les dépôts de districts, par des équipes cadre des districts, de manière à mieux contrôler la disponibilité des médicaments et leur utilisation appropriée. Privilégier des méthodes d'observation pour s'assurer que les prestataires relaient des informations appropriées sur les médicaments.

6. Améliorer la communication entre les agents de santé et les soignants de l'enfant. Un travail d'équipe avec des spécialistes de la communication peut permettre d'améliorer la qualité des messages transmis verbalement sur les modes d'administration des médicaments et de mettre en place une méthodologie d'écrire des posologies qui soient aisément comprises par tous les membres de la communauté.

7. Intégrer dans d'autres domaines d'activités des postes de santé, comme les soins prénataux, des messages encourageant l'utilisation et expliquant la préparation des SRO.

Le secteur privé

8. Organiser des journées d'information pour les pharmaciens du privé et autres prestataires de soins afin qu'ils se familiarisent avec les modèles de la PCIME et les DST nationales.

9. Prévoir la diffusion régulière d'un bulletin ou d'une lettre d'information publiée par l'ordre ou le syndicat des pharmaciens qui permettra de communiquer des informations aux pharmaciens du privé et à leurs équipes.

10. Mettre en place des sessions de formation et des visites d'information par l'intermédiaire de l'ordre ou du syndicat des pharmaciens, en collaboration avec le MSHP et tenir des réunions régulières avec les différents groupes de pharmaciens locaux pour examiner des études de cas et des évaluations entre pairs.

11. Proposer des programmes de formation aux employés de pharmacie (vendeurs et vendeuses) par l'intermédiaire du MSHP, en collaboration avec l'ordre ou le syndicat des pharmaciens, sur les maladies infantiles les plus courantes, leur prise en charge recommandée et la posologie indiquée, en insistant tout particulièrement sur la préparation et l'administration des SRO et sur les dangers de l'utilisation inappropriée d'antibiotiques.

12. Concevoir et diffuser des aides mémoire et des affiches à l'intention des employés de pharmacie et des soignants de l'enfant pour les informer sur l'administration appropriée des produits médicamenteux. Les grossistes de produits pharmaceutiques pourraient se charger de leur distribution.

13. Motiver les grossistes en produits pharmaceutiques (y compris, dans le secteur public, la PNA et les dépôts de districts) pour qu'ils emballent les médicaments dans des sachets en plastique pouvant se refermer.

Politique nationale

Certaines interventions ne peuvent être mises en place qu'au niveau d'une politique nationale, de manière à faciliter leurs effets sur la gestion des médicaments au niveau communautaire. Les suggestions suivantes peuvent être utiles aux acteurs du MSHP et à leurs partenaires, y compris ceux du secteur privé.

14. Améliorer la disponibilité de la chloroquine au niveau local en autorisant et en facilitant sa distribution par les relais d'agents de santé.

15. Contrôler et équilibrer les différences des prix des médicaments dispensés par le secteur public, aussi bien entre les différents districts qu'entre les différents niveaux de soins.

16. Améliorer la disponibilité des traitements par SRO dans le secteur privé et en assurer la promotion par des voies de marketing social.

17. Pré-emballer les antipaludiques pour faciliter la prise de décision des prestataires et vendeurs vis à vis du dosage et l'administration par les soignants de l'enfant.

18. Développer un système de points de vente agréés (au niveau en dessous de la pharmacie) où le vendeur est dûment formé au conseil et à la vente de certains médicaments appropriés tels que les antipaludiques de première intention, les antipyrétiques et les SRO.

REFERENCES

Banque Mondiale. 2000. *World Bank Development Report 1999/2000 : Entering the 21st Century*. New York : Oxford University Press.

BASICS II. 2002. *Careseeking Behavior of Children Including Newborns for Fever and Cough. A Secondary Analysis of Data from Senegal's 1999 Health Indicator Survey* (projet). Préparé par Lydia D'Alois.

Briggs, J. M. Gabra, et P. Ickx. 2002. *La Gestion des Médicaments des Maladies de l'Enfant: une évaluation effectuée au Sénégal* (publiée pour l'USAID par le RPM Plus). Arlington, VA : Management Sciences for Health.

Environmental Developmental Action in the Third World (ENDA-Tiers Monde) (ENDA). 1995. *Connaissance/ comportements des ménages en matière de consommation de médicaments et approche des circuits thérapeutiques dans la région de Dakar, Sénégal. Évaluation qualitative et quantitative.* Dakar, Sénégal : ENDA-Santé.

Enquête sénégalaise sur les Indicateurs de Santé. Sénégal Santé pour tous (ESIS). 1999. Dakar : Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention, SERDHA, MEASURE Demographic Health Survey+, Macro International.

Management Sciences for Health (MSH). 1997. *Managing Drug Supply : The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals in Primary Health Care.* 2d ed. West Hartford, CT : Kumarian Press.

MICS-II. 2000. *Rapport de l'enquête sur les objectifs de la fin de décennie sur l'enfance.* Gouvernement du Sénégal et UNICEF (MICS-II-2000). Dakar : Direction de la Prévision et de la Statistique, Ministère de l'Économie et des Finances.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention. 2003. Projet de plan stratégique de la PCIME. Dakar : Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1999. *The World Health Report 1999—Making a Difference.* Genève: OMS.

Population, Health and Nutrition Information Project (PHNIP). [Projet des informations sur la population, la santé et la nutrition.] 2002. *PHNIP Country Health Statistical Report Senegal : September 2002*. Washington, DC : PHNIP.

Projet Survie de l'Enfant (PLAN). 2002. *Enquête KPC finale : Knowledge, Practices, and Coverage Survey*. Préparée par Diaguily Koita. Dakar : PLAN.

Smine, A., K. Diouf, et N.L. Blum. *USPDQI Antimalarial Drug Quality in Senegal* (présenté à l'USAID par le Programme d'information et de qualité des médicaments de la Pharmacopée des Etats-Unis). Rockville, MD : United States Pharmacopeia (Pharmacopée des Etats-Unis).

U.S. Census Bureau, International Programs Center, International Data Base (IDB). 2000. Site Web révisée en octobre 2000. <http://www.census.gov/ipci/www/idbnew.html>.

ANNEXE 1. INDICATEURS GMME-C

Indicateurs des ménages

Indicateurs descriptifs	
1.	Age des enfants de l'échantillon en années
2.	Pourcentage de garçons de l'échantillon
3.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la fièvre
4.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions
5.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide
6.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée
7.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante (parmi ceux ayant eu de la diarrhée)
8.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante (sur l'échantillon total)
9.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la toux mais sans respiration rapide
La décision de traitement est opportune	
10	Pourcentage de répondants qui pensaient que la maladie de leur enfant était : • très sérieuse • peu sérieuse • pas sérieuse
11	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison
12	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison et qui l'on fait le jour même de l'apparition de la respiration difficile/rapide
13	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison mais pas dans un centre de santé, et qui ont été référés à un centre de santé
14	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison
15	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison et qui l'on fait le jour même de l'apparition des convulsions
16	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison mais pas dans un centre de santé, et qui ont été référés à un centre de santé
17	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la fièvre et a reçu de la chloroquine et qui l'a reçue le jour même de l'apparition de la fièvre ou le lendemain
Perceptions de la disponibilité de médicaments spécifiques	
18	Pourcentage de répondants qui déclarent pouvoir toujours se procurer de la chloroquine à proximité
19	Pourcentage de répondants qui déclarent pouvoir toujours se procurer du cotrimoxazole à proximité
20	Pourcentage de répondants qui déclarent pouvoir toujours se procurer des SRO à proximité
Perceptions du coût des médicaments spécifiques	
21	Pourcentage de répondants qui déclarent que la chloroquine est abordable
22	Pourcentage de répondants qui déclarent que le cotrimoxazole est abordable
23	Pourcentage de répondants qui déclarent que les SRO sont abordables

Source de soins ou de médicaments	
24	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison, qui sont allés à une source *X* en dehors de la maison, comme la première source de soins pour les convulsions
25	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison qui sont allés à une source *X* en dehors de la maison comme la première source de soins pour une respiration difficile/rapide
26	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de la chloroquine et qui en avaient déjà à la maison
27	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris du cotrimoxazole et qui en avaient déjà à la maison
28	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de l'amoxicilline et qui en avaient déjà à la maison
29	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée, qui lui ont donné des SRO et qui en avaient déjà à la maison
30	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de la chloroquine et qui sont allés à une source *X* comme la première source de chloroquine
31	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris du cotrimoxazole et qui sont allés à une source *X* comme la première source de cotrimoxazole
32	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de l'amoxicilline et qui sont allés à une source *X* comme la première source d'amoxicilline
33	Pourcentage de répondants qui ont déclaré être allé à une source *X* comme la première source de cotrimoxazole et d'amoxicilline
34	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée, qui lui ont donné des SRO et qui sont allés à une source *X* comme la première source de SRO
Choix des médicaments	
35	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la fièvre et qui lui ont donné de la chloroquine
36	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions et qui lui ont donné de la chloroquine
37	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide et qui lui ont donné du cotrimoxazole
38	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée et a pris des SRO
39	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante et a pris du cotrimoxazole
40	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante et a pris du cotrimoxazole ainsi que des SRO
41	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée et a pris un médicament antidiarrhéique
42	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée (non sanglante), qui lui ont donné un antibiotique quelconque
43	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la toux sans respiration difficile/rapide, qui lui ont donné un antibiotique quelconque
Administration des médicaments	
44	Pourcentage de répondants qui se sont procurés de la chloroquine et qui ont été renseignés sur la durée du traitement à une source *X*
45	Pourcentage de répondants qui se sont procurés du cotrimoxazole et qui ont été renseignés sur la durée du traitement à une source *X*
46	Pourcentage de répondants qui se sont procurés de l'amoxicilline et qui ont été renseignés sur la durée du traitement à une source *X*
47	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de la chloroquine pendant trois jours (parmi les enfants qui ont pris de la chloroquine)

48	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris du cotrimoxazole pendant cinq jours (parmi les enfants qui ont pris du cotrimoxazole)
49	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de l'amoxicilline pendant cinq jours (parmi les enfants qui ont pris de l'amoxicilline)
50	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de la chloroquine correctement (une fois par jour pendant trois jours) (parmi les enfants qui ont pris de la chloroquine)
51	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris du cotrimoxazole correctement (deux fois par jour pendant cinq jours) (parmi les enfants qui ont pris du cotrimoxazole)
52	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de l'amoxicilline correctement (trois fois par jour pendant cinq jours) (parmi les enfants qui ont pris de l'amoxicilline)
Prise en charge de la diarrhée	
53	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée et qui a reçu plus de liquide que d'habitude

Indicateurs des prestataires et vendeurs de médicaments

Description de l'échantillon	
	a. Répartition des structures sanitaires et points de vente étudiés en% de l'échantillon total
	b. Répartition des structures sanitaires et points de vente étudiés en milieu urbain
Répartition des prestataires et vendeurs de médicaments en fonction de leur niveau de formation	
	Pharmacien
	Médecin
	Infirmière, infirmière sage-femme
	Technicien médical ou de laboratoire
	Autre formation paramédicale
	Pourcentage de vendeurs SANS formation en soins cliniques
Distance du point de vente à la structure sanitaire la plus proche	
	Moins d'1 Km (ou moins de 15 minutes de marche)
	Entre 1 et 5 Km (jusqu'à une heure de marche)
	Plus de 5 Km (plus d'une heure de marche)
Part I. Indicateurs des pratiques de prescription ou de vente constatées pour les cas hypothétiques de maladies spécifiques	
IRA (pas de pneumonie)	
1	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)
2	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un médicament clé de la DST pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)
3	Pourcentage de prestataires et vendeurs qui ne recommanderait rien pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)
4	Pourcentage de prestataires et vendeurs qui référeraient le cas
Pneumonie	
5	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie
6	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient une injection pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie
7	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient du cotrimoxazole pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie
8	Pourcentage de répondants qui référeraient le cas
9	Pourcentage de répondants qui ont indiqué le protocole de posologie journalière recommandée pour le cotrimoxazole en cas de pneumonie chez l'enfant
10	Pourcentage de répondants qui ont indiqué la durée de traitement recommandée pour le cotrimoxazole en cas de pneumonie chez l'enfant
Paludisme	
11	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antipaludique quelconque pour des enfants présentant des symptômes de paludisme
12	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de paludisme
13	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient une injection pour des enfants présentant des symptômes de paludisme

14	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient la chloroquine pour des enfants présentant des symptômes de paludisme
15	Pourcentage de répondants qui référeraient le cas
16	Pourcentage de répondants qui ont indiqué le protocole de posologie journalière recommandée pour la chloroquine en cas de paludisme chez l'enfant
17	Pourcentage de répondants qui ont indiqué la durée de traitement recommandée pour la chloroquine en cas de paludisme chez l'enfant
Diarrhée	
18	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour un enfant présentant une diarrhée simple
19	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un médicament antidiarrhéique pour un enfant présentant une diarrhée simple
20	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient des SRO pour un enfant présentant une diarrhée simple
21	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient seulement des SRO pour un enfant présentant une diarrhée simple
22	Pourcentage de répondants qui référeraient le cas
Part II. Indicateurs de disponibilité	
23	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente qui ont en stock un médicament spécifique de première intention
24	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente qui ont en stock un médicament spécifique de deuxième ou troisième intention
25	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente qui ont en stock des médicaments spécifiques inappropriés pour les enfants
26	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente qui ont des comprimés de cotrimoxazole mais pas de sirop
27	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente qui ont des comprimés de chloroquine mais pas de sirop
28	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente qui ont de l'amoxicilline contre la pneumonie mais pas de cotrimoxazole
29	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente qui ont en stock un médicament antidiarrhéique mais pas de SRO
30	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente qui ont de la SP mais pas de chloroquine
31	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de cotrimoxazole en sirop pour un enfant de deux ans
32	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement d'amoxicilline en sirop pour un enfant de deux ans
33	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de cotrimoxazole en comprimés pour un enfant de deux ans
34	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement d'amoxicilline en comprimés pour un enfant de deux ans
35	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement par SRO pour un enfant de deux ans
36	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de chloroquine en sirop pour un enfant de deux ans
37	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de chloroquine en comprimés pour un enfant de deux ans
38	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de SP en comprimés pour un enfant de deux ans

Part III. Indicateurs de mouvement des stocks	
39	Médicaments les plus vendus ou dispensés en traitement d'une pneumonie chez l'enfant
40	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant le cotrimoxazole comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la pneumonie
41	Pourcentage de prestataires mentionnant l'amoxicilline comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la pneumonie
42	Volume moyen de ventes de cotrimoxazole
43	Volume moyen de ventes d'amoxicilline
44	Rapport du volume de ventes amoxicilline/cotrimoxazole
45	Médicaments les plus vendus ou dispensés en traitement de la diarrhée chez l'enfant
46	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente mentionnant les SRO comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la diarrhée chez l'enfant
47	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente mentionnant un antidiarrhéique comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la diarrhée chez l'enfant
48	Médicaments les plus vendus ou dispensés en traitement du paludisme chez l'enfant
49	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant la chloroquine comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement du paludisme chez l'enfant
50	Pourcentage de structures sanitaires et points de vente mentionnant la SP comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement du paludisme chez l'enfant
51	Volume moyen de ventes de chloroquine
52	Volume moyen de ventes de SP
53	Rapport du volume de ventes SP/chloroquine
Part IV. Indicateurs de la qualité de dispensation	
54	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui utilisent un emballage approprié pour dispenser des comprimés au détail
55	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des comprimés avec une étiquette comprenant le nom du patient, le nom du médicament, la posologie, la fréquence et la durée du traitement
56	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui utilisent un emballage approprié pour dispenser du sirop ou une suspension
57	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des sirops avec une étiquette comprenant le nom du patient, le nom du médicament, la posologie, la fréquence et la durée du traitement
Part V. Sources d'approvisionnement des médicaments	
58	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui fournissent des médicaments venant des sources *X*
59	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui fournissent des médicaments venant des villes *X*

ANNEXE 2. LES COLLABORATEURS

Principaux partenaires du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention

Professeur Guelaye Sall, Ndeye Lo, Khady Wade, Oulèye Top, DAN
Rokhaya Ndiaye, DPM
Ndeye Fatou Ndiaye Diaw, Daouda Diop, PNA
Aichatou Diop Diagne, DSSP

Superviseurs d'enquêteurs de la GMME-C

Ndeye Lo, DAN
Rokhaya Ndiaye, DPM
El Hadj Diagne, SSSP de la région de Kaolack
Amy Thiam, superviseur d'éducation sanitaire de la région de Kaolack
Amadou Gueye, SSSP de la région de Thiès
Awa Rosine Wade, coordinateur de recherche et de formation, de la région de Thiès

Les enquêteurs de la GMME-C

Kaolack

Maty Diouf
Daouda Ndiaye
Aminata Mbengue
Marie Eléne Ndour
Adama Deme
Khady Ndiaye
Léon Samba Sarr
Mbissane Doiuf
Florent Niang
Dominique Diouf
Ben Mady Dieng

Thiès

Paul Ndiaye
Cheikh Sadibou Diop
El Hadji Amadou Methiour
Aly Mbaye Thiam
Papa Samba Fall
Ibrahima Diouf
Mame Bounama Ndoye

Bassirou Badji
Papa Samba Coulibaly
Marie Robert Ndong Ndiaye
Oulimata Gueye (épouse Touré)

Les analystes des données de la GMME-C

Amadou Ndiaye, Thiès
Yagaye Guaye, Thiès
Lamine Beye, Kaolack
Mohammdou Diallo, Kaolack

Les coordinateurs de l'enquête de la GMME-C

Idrissa Ndoye, Pharmacien, Coordinateur local de la GMME-C
Jane Briggs, MSH/RPM Plus
Nancy Nachbar, AED
Onesky Aupont, Université de Harvard

ANNEXE 3. MEDICAMENTS ET FOURNITURES TRACEURS

Liste de médicaments-traceurs de la GMME-C au Sénégal

1	Actapulgite
2	Amoxicilline gélules
3	Amoxicilline sirop
4	Amoxicilline + acide clavulanic (Augmentin) sirop
5	Artesunate comprimés
6	Cefadroxil sirop
7	Chloroquine sirop
8	Chloroquine comprimés
9	Cotrimoxazole sirop
10	Cotrimoxazole comprimés
11	Halofantrine sirop
12	Métronidazole sirop
13	SRO
14	Injection de Quinine
15	Sulfadoxine/pyriméthamine comprimés
16	Tétracycline gélules
17	Ultralevure sachet

ANNEXE 4. PROGRAMME DE FORMATION

Jour 1—Mardi 27 Août

Horaire	Stagiaires concernés	Lieu	Activité	Personnels responsables
8:30–8:45	Tous les enquêteurs	Salle principale	Discussion du contrat	Ndoye
8:45–9:15	Tous les enquêteurs	Salle principale	Bienvenue et prise de contact But de ces journées Vue d'ensemble de la formation et du calendrier	Nancy Nancy Nancy
9:15–10:00	Tous les enquêteurs	Salle principale	Vue d'ensemble des grands thèmes • Paludisme • IRA • Diarrhée • Gestion des médicaments/problèmes d'utilisation et pourquoi il est important de les évaluer	Nancy et Jane
10:00 –10:30	Tous les enquêteurs	Salle principale	Vue d'ensemble du projet de recherche • Généralités • Les ménages • Les prestataires de soins/vendeurs de médicaments But des tests sur le terrain/adaptation au pays Rôle des enquêteurs	Nancy et Jane
10:30–10:45			Pause	
10:45–11:45	Tous les enquêteurs	Salle principale	Faire une enquête, introduction Techniques des entretiens Techniques d'enregistrements	Nancy
11:45–13:30	Les enquêteurs auprès des ménages	Salle séparée	Introduction aux instruments et procédures de collecte de données pour les ménages • Vue d'ensemble de l'objectif de l'instrument, type d'information recueillie, de qui, comment • Examen détaillé de chaque question et des réponses (Français/Wolof)	Nancy et superviseurs pour les ménages

Horaire	Stagiaires concernés	Lieu	Activité	Personnels responsables
11:45–13:30	Les enquêteurs auprès des prestataires /points de vente des médicaments	Salle séparée	Introduction aux instruments et procédures de collecte de données pour les prestataires/vendeurs de médicaments • Vue d'ensemble de l'objectif de l'instrument, type d'information recueillie, de qui, comment • Examen détaillé de chaque question et des réponses (Français/Wolof)	Jane, Ndoye, et les superviseurs pour les prestataires/vendeurs
13:30–14:30	Tout le monde		Déjeuner	
14:30–16:30	Les enquêteurs auprès des ménages	Salle séparée	Suite de l'introduction aux instruments et procédures de collecte de données pour les ménages • Examen détaillé de chaque question et des réponses (suite) • Jeux de rôle/utilisation pratique du questionnaire (y compris l'enregistrement) (Français)	Nancy et superviseurs pour les ménages
14:30–16:30	Les enquêteurs auprès des prestataires /points de vente des médicaments	Salle séparée	Suite de l'introduction aux instruments et procédures de collecte de données pour les prestataires/vendeurs • Examen détaillé de chaque question et des réponses (suite) • Jeux de rôle/utilisation pratique du questionnaire (y compris l'enregistrement) (Français)	Jane, Ndoye, et les superviseurs pour les prestataires/vendeurs
16:30–17:00	Tous les enquêteurs	Salle principale	Questions et problèmes soulevés dans l'après-midi Présentation des activités du lendemain Devoirs pour le lendemain • Examen et pratique de la version Wolof du questionnaire	Nancy et l'équipe
17:00			Fin de la session	

Jour 2—Mercredi 28 Août

Horaire	Stagiaires concernés	Lieu	Activité	Personnels responsables
9:00–9:30	Tous les enquêteurs	Salle principale	Discussion sur les devoirs ou sur tout problème ou question Présentation des activités du jour	Nancy et l'équipe
9:30–10:30	Les enquêteurs auprès des ménages	Salle séparée	Jeux de rôles avec la version Wolof du questionnaire (y compris l'enregistrement)	Nancy et superviseurs pour les ménages
9:30–10:30	Les enquêteurs auprès des prestataires/points de vente des médicaments	Salle séparée	Jeux de rôles avec la version Wolof du questionnaire (y compris l'enregistrement)	Jane, Ndoye, et les superviseurs pour les prestataires/vendeurs
10:30–10:45			Pause	
10:30–12:15	Les enquêteurs auprès des prestataires/points de vente de médicaments	Salle principale	Suite des jeux de rôles avec la version Wolof du questionnaire (y compris l'enregistrement) Vérification du questionnaire	Nancy et superviseurs pour les ménages
10:30–12:15	Les enquêteurs auprès des ménages	Salle séparée	Suite des jeux de rôles avec la version Wolof du questionnaire (y compris l'enregistrement) Vérification du questionnaire	Jane, Ndoye, et les superviseurs pour les prestataires/vendeurs
12:15–13:00	Tous les enquêteurs	Salle principale	Discussion sur l'entrée au village, dans les établissements, les boutiques : les protocoles, l'habillement, les situations difficiles, comment réagir avec les répondants, etc.	Nancy et l'équipe
13:00–13:30	Tous les enquêteurs	Salle principale	Comment l'échantillonnage des deux enquêtes est lié	Ndoye
13:30–14:30			Déjeuner	
14:30–15:15	Les enquêteurs auprès des ménages	Salle principale	Examen de la façon de trouver et sélectionner les répondants (en environnement urbain et au niveau des ménages)	Superviseurs pour les ménages
14:30–15:15	Les enquêteurs auprès des prestataires/points de vente des médicaments	Salle séparée	Examen de la façon de trouver et sélectionner les répondants (en environnement urbain et au niveau des établissements et des points de vente)	Ndoye, et les superviseurs pour les prestataires/vendeurs

15:15–16:00	Tous les enquêteurs	Salle principale	Questions et problèmes soulevés dans l'après-midi Préparation pour le travail sur le terrain du lendemain Devoirs pour le lendemain : Etudier le questionnaire et l'utiliser si possible	Nancy et l'équipe
16:00			Fin de la session (pour les enquêteurs)	
16:00 –17:00	Superviseurs		Préparations du travail sur le terrain	Ndoye

Jour 3—Jeudi 29 Août

Horaire	Stagiaires concernés	Lieu	Activité	Personnels responsables
8:30–8:45	Tous les enquêteurs	Salle principale	Organisation du travail sur le terrain en ville	Ndoye
8:45–13:30	Tous les enquêteurs	Site en ville	Pratique sur le terrain	Ndoye et l'équipe
13:30–14:30			Déjeuner	
14:30–15:15	Tous les enquêteurs	Salle principale	Compte-rendu général du travail sur le terrain	Ndoye
15:15–16:45	Les enquêteurs auprès des ménages	Salle principale	Compte-rendu détaillé du travail sur le terrain et des sujets/problèmes/questions soulevés par la pratique de terrain, y compris tous les changements nécessaires à l'échantillonnage ou au questionnaire Vérification du questionnaire/codage de la page de garde Comment trouver les ménages en environnement rural	Nancy et superviseurs pour les ménages
15:15–16:45	Les enquêteurs auprès des prestataires/points de vente des médicaments	Salle séparée	Compte-rendu détaillé du travail sur le terrain et des sujets/problèmes/questions soulevés par la pratique de terrain, y compris tous les changements nécessaires à l'échantillonnage ou au questionnaire Vérification du questionnaire Comment trouver les prestataires/points de vente en environnement rural	Jane, Ndoye, et les superviseurs pour les prestataires/vendeurs
16:45–17:00	Tous les enquêteurs	Salle principale	Conclusion et préparation pour le travail sur le terrain du lendemain	Ndoye et les superviseurs
17:00			Fin de la session (pour les enquêteurs)	
17:00–17:45	Superviseurs		Préparations du travail sur le terrain	Ndoye

Jour 4—Vendredi 30 Août

Horaire	Stagiaires concernés	Lieu	Activité	Personnels responsables
8:30–8:45	Tous les enquêteurs	Salle principale	Organisation du travail sur le terrain en zone rurale	Ndoye
8:45–13:30	Tous les enquêteurs	Site en zone rurale	Pratique sur le terrain	Ndoye et l'équipe
13:30–14:30			Déjeuner	
14:30–15:00	Tous les enquêteurs	Salle principale	Compte-rendu général du travail sur le terrain	Ndoye
15:00–16:00	Les enquêteurs auprès des ménages	Salle principale	Compte-rendu détaillé du travail sur le terrain et des sujets/problèmes/questions soulevés par la pratique de terrain, y compris tous les changements nécessaires à l'échantillonnage ou au questionnaire Vérification du questionnaire/codage de la page de garde	Nancy et superviseurs pour les ménages
15:00–16:00	Les enquêteurs auprès des prestataires/ points de vente des médicaments	Salle séparée	Compte-rendu détaillé du travail sur le terrain et des sujets/problèmes/questions soulevés par la pratique de terrain, y compris tous les changements nécessaires à l'échantillonnage ou au questionnaire Vérification du questionnaire	Jane, Ndoye, et les superviseurs pour les prestataires/vendeurs
16:00–17:00	Tous les enquêteurs	Salle principale	Discussion sur la planification de la collecte de données et sur la logistique • Vue d'ensemble de la collecte de données pendant les deux semaines à venir, y compris la logistique • Vue d'ensemble du premier jour de collecte de données, y compris la logistique Devoirs pour le lendemain : Examen et pratique des instruments et de l'échantillonnage	Ndoye et les superviseurs
17:00			Fin de la session (pour les enquêteurs)	
17:00–18:00	Superviseurs		Préparation de la collecte des données	Ndoye

ANNEXE 5. REPARTITION DES SITES PAR DISTRICT

District de Thiès

n° du site	Arrondissement	Commune/ Communauté rurale	Quartiers/Villages	Hameaux
Zone urbaine				
1	Thiès	Thiès	Thialy	
2			Wango	
3			HLM Thialy (Cite Ohlm)	
4			Cité Lamy (Ndioung)	
5			HLM 10eme (Cité Ohlm)	
6			Silmang	
7			Nguinthe	
8			Takhikao	
9			Camp GMI (ex-tropical)	
10			Keur Sampathe	
11			Mbour 1	
12			Som	
13		Pout	Pout centre ville	
Zone rurale				
14	Notto	Notto	Tueb dal/ Notto et K Diatta (15)	
15	Notto	Notto	Mandangri Ouolof K N'diol Dieng (9)	Mboufoudji de Mbousnakh Gotte (6)
16	Notto	Tassette	Nguinthe Ouolof Nguinthe Toucouleur (Nguinthe Peule) Nguinthe Serere Dieling (7)	Nguinthe Keur Youga Keur Yoro de Nguinthe Serere Khayegui de Guinthe Serere Keur Ndiara Sene Keur Bala Keur Assane Wele Dieling Serere (8)

n° du site	Arrondissement	Commune/ Communauté rurale	Quartiers/Villages	Hameaux
17	Keur Moussa	Diender Guedji	Bayakh (15)	
18	Keur Moussa	Diender Guedji	Thieudeme Mbidieum Lebou Wakhal (6) Mbidieum Ouolof	Projet Maîtrisards (9)
19	Keur Moussa	Keur Moussa	Keur Moussa /Ndoyen Peul (15)	
20	Keur Moussa		Keur Yakham (15)	

District de Kaolack

n° du site	Arrondissement	Commune/ Communauté rurale	Quartier/ Village	Hameaux
Zone urbaine				
1		Kaolack	Taba Ngoye	
2			Leona	
3			Sam	
4			Kassa Ville	
5			Camps des gardes	
6			HLM Bongre	
7			Ndorong	
8			Ndorong Sadaga	
9			Medina	
10			Sama Moussa (+…….)	
11			Thioffac	
12			Bongre	
13		Ndoffane	Ndoffane	
Zone rurale				

n° du site	Arrondissement	Commune/ Communauté rurale	Quartier/ Village	Hameaux
14	Koumbal	Thiare	Thindogne K Safady K Mandiaye (14)	Samba Niery K. Gallo K. Ndoulo (1)
15	Koumbal	Latmingue	K Yorodou Bambara K Yorodou Wolof K Soutara Diombo K Mor Sauté K Diombo Ndiouffane K Soutoura Mbodji Lohene (15)	
16	Ndiendieng	Ndiaffate	Koutal Ouolof (15)	
17	Ndiendieng	Ndiendieng	Santhie Ndiayene K Mamadou Bouya K Baily Ba K Bano Gory K Bano Ouolof Lohene (15)	
18	Ndiendieng	Ndiendieng	K Bocar Diallo Thysse K Guirane K Kabe K Guirane Ouolof K Guirane Peulh K Guirane Serere (15)	
19	Sibassor	Ndiebel	Boubandyame Ndiba (11)	Ngor Ngom de same Wadiour de Ndiebel Tewrou Timack de Ndiebel (4)
20	Sibassor	Thiomby Bambara	Khalambasse (7)	Ngary Lao M'Bokhodoff (8) (Khalambasse)

ANNEXE 6. RESULTATS DES INDICATEURS DE LA GMME-C AU SENEGAL

Résultats pour les ménages

Indicateurs		Thiès	Kaolack
	Indicateurs descriptifs		
1.	Age des enfants de l'échantillon en années 0–1 1–2 2–3 3–4 4–5	n = 300 23% 22% 23% 16% 16%	n = 300 27% 24% 24% 14% 11%
2.	Pourcentage de garçons de l'échantillon	52%	54%
3.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la fièvre	90%	91%
4.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions	2%	2%
5.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide	21%	22%
6.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée	38%	51%
7.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante (parmi ceux ayant eu de la diarrhée)	14% n = 110	22% n = 152
8.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante (sur l'échantillon total)	5% n = 300	11% n = 300
9.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la toux sans respiration rapide	40% n = 300	40% n = 300
	La décision de traitement est opportune		
10.	Pourcentage de répondants qui pensait que la maladie de leur enfant était : • très sérieuse • peu sérieuse • pas sérieuse	n = 296 33% 55% 12%	n = 298 28% 44% 28%
11.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison	74% n = 62	83% n = 56

Indicateurs		**Thiès**	**Kaolack**
12.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison	n = 46	n = 47
	• le jour même de l'apparition de la respiration difficile/rapide	30%	25%
	• le lendemain	28%	34%
	• 2 jours plus tard	17%	17%
	• 3 jours plus tard et au-delà	24%	23%
13.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison mais pas dans un centre de santé, et qui ont été référés à un centre de santé	30% n = 37	20% n = 40
14.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont cherché à faire soigner les convulsions de leur enfant en dehors de la maison	100% n = 7	100% n = 5
15.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison	n = 7	n = 5
	• le jour même de l'apparition des convulsions	86%	80%
	• le lendemain	14%	20%
16.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison mais pas dans un centre de santé, et qui ont été référés à un centre de santé	17% n = 6	0 n = 2
17.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la fièvre et a reçu de la chloroquine, et qui l'a reçue le jour même de l'installation de la fièvre ou le lendemain	100% n = 153	100% n = 149
	Perceptions de la disponibilité de médicaments spécifiques		
18.	Pourcentage de répondants qui déclarent pouvoir toujours se procurer de la chloroquine à proximité :	n = 296	n = 299
	• toujours	67%	53%
	• parfois	22%	19%
	• jamais	9%	24%
19.	Pourcentage de répondants qui déclarent pouvoir toujours se procurer du cotrimoxazole à proximité :	n = 291	n = 298
	• toujours	63%	57%
	• parfois	29%	21%
	• jamais	3%	18%
20.	Pourcentage de répondants qui déclarent pouvoir toujours se procurer des SRO à proximité :[a]	n = 184	n = 177
	• toujours	36%	25%
	• parfois	27%	12%
	• jamais	15%	41%

[a] 22 pour cent dans chaque district ne savaient pas.
[b] 41 pour cent (Thiès) et 52 pour cent (Kaolack) ne savaient pas.

Indicateurs		Thiès	Kaolack
	Perceptions du coût de médicaments spécifiques		
21.	Pourcentage de répondants qui déclarent que la chloroquine est abordable	91% n = 297	82% n = 299
22.	Pourcentage de répondants qui déclarent que le cotrimoxazole est abordable	89% n = 291	81% n = 297
23.	Pourcentage de répondants qui déclarent que les SRO sont abordables[b]	56% n = 184	48% n = 177
	Source de soins ou de médicaments		
24.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison, qui est allé à une source *X* hors de la maison comme la première source de soins pour les convulsions : • Guérisseur traditionnel • Poste de santé • Centre de santé • Clinique privée • Pharmacie • Boutique • Marché • Case de santé	n = 7 14% 57% 14% 0 0 0 0 14%	n = 5 0 20% 60% 20% 0 0 0 0
25.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide, qui ont cherché à faire soigner leur enfant en dehors de la maison, qui est allé à une source *X* hors de la maison comme la première source de soins pour une respiration difficile/rapide : • Guérisseur traditionnel • Poste de santé • Centre de santé • Clinique privée • Pharmacie • Boutique • Marché • Case de santé	n = 46 9% 37% 17% 28% 4% 0% 0% 2% 2%	n = 47 4% 43% 17% 6% 2% 6% 2% 15% 4%
26.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de la chloroquine et qui en avaient déjà à la maison	36% n = 157	54% n = 159
27.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris du cotrimoxazole et qui en avaient déjà à la maison	7% n = 68	14% n = 58
28.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de l'amoxicilline et qui en avaient déjà à la maison	0 (n = 9)	40% n = 5

Indicateurs		Thiès	Kaolack
29.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée, qui lui ont donné des SRO et qui en avait déjà à la maison	25% n = 28	23% n = 22
30.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de la chloroquine et qui sont allés à une source *X* comme première source de chloroquine : • Guérisseur traditionnel • Structure sanitaire • Clinique privée • Pharmacie • Boutique • Marché • Case de santé • Autre	n = 157 0 41% 18% 34% 1% 1% 3% 2%	n = 159 0 33% 9% 48% 3% 1% 1% 4%
31.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris du cotrimoxazole et qui sont allés à une source *X* comme première source de cotrimoxazole : • Guérisseur traditionnel • Structure sanitaire • Clinique privée • Pharmacie • Boutique • Marché • Case de santé • Autre	n = 68 0 44% 13% 34% 2% 2% 4% 0%	n = 58 0 34% 4% 38% 14% 2% 2% 7%
32.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de l'amoxicilline et qui ont déclaré être allé à une source *X* comme première source d'amoxicilline : • Guérisseur traditionnel • Structure sanitaire • Clinique privée • Pharmacie • Boutique • Marché • Case de santé	n = 9 0 44% 22% 33% 0 0 5%	n = 5 0 20% 20% 60% 0 0 0

Indicateurs		**Thiès**	**Kaolack**
33.	Pourcentage de répondants qui sont allés à une source *X* comme première source de cotrimoxazole et d'amoxicilline : • Guérisseur traditionnel • Structure sanitaire • Clinique privée • Pharmacie • Boutique • Marché • Case de santé • Autre	n = 77 0 44% 14% 34% 1% 1% 4%	n = 63 0 38% 3% 40% 11% 2% 3% 3%
34.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée, qui lui ont donné des SRO et qui sont allés à une source *X* comme première source de SRO : • Guérisseur traditionnel • Structure sanitaire • Clinique privée • Pharmacie • Boutique • Marché • Case de santé	n = 28 0 61% 0% 32% 4% 0 4%	n = 23 0 56% 22% 22% 0 0 0
	Choix des médicaments		
35.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la fièvre et qui lui ont donné de la chloroquine	57% n = 270	56% n = 271
36.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu des convulsions et qui lui ont donné de la chloroquine	57% n = 7	80% n = 5
37.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une respiration difficile/rapide et qui lui ont donné du cotrimoxazole	14% n = 62	23% n = 69
38.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée et a pris des SRO	25% n = 112	15% n = 152
39.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante et a pris du cotrimoxazole	19% n = 16	12% n = 33
40.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée sanglante et a pris du cotrimoxazole ainsi que des SRO	100% n = 3	75% n = 4
41.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée et a pris un médicament antidiarrhéique	16% n = 113	3% n = 152
42.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la diarrhée (non sanglante), qui lui ont donné un antibiotique quelconque	29% n = 93	22% n = 117

Indicateurs		Thiès	Kaolack
43.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu de la toux sans respiration difficile/rapide, qui lui ont donné un antibiotique quelconque	22% n = 118	22% n = 118
	Administration des médicaments		
44.	Pourcentage de répondants qui se sont procurés de la chloroquine et qui ont été renseignés sur la durée du traitement à la source suivante :		
	• Guérisseur traditionnel	n = 0	n = 0
	• Structure sanitaire	94% n = 64	96% n = 52
	• Clinique privée	86% n = 29	73% n = 15
	• Pharmacie	88% n = 55	87% n = 77
	• Boutique	0 n = 1	20% n = 5
	• Marché	0 n = 2	50% n = 2
	• Case de santé	80% n = 5	100% n = 1
	• Autre	33% n = 3	83% n = 6

Indicateurs		Thiès	Kaolack
45.	Pourcentage de répondants qui se sont procurés du cotrimoxazole et qui ont été renseignés sur la durée du traitement à la source suivante :		
	• Guérisseur traditionnel	n = 0	n = 0
	• Structure sanitaire	100% n = 30	80% n = 20
	• Clinique privée	100% n = 9	100% n = 2
	• Pharmacie	87% n = 23	77% n = 22
	• Officine	0 n = 1	0 n = 8
	• Marché	0 n = 1	0 n = 1
	• Case de santé	100% n = 3	100% n = 1
	• Autre	100% n = 1	50% n = 4
46.	Pourcentage de répondants qui se sont procurés de l'amoxicilline et qui ont été renseignés sur la durée du traitement à la source suivante :		
	• Guérisseur traditionnel	n = 0	n = 0
	• Structure sanitaire	100% n = 4	100% n = 1
	• Clinique privée	100% n = 2	100% n = 1
	• Pharmacie	100% n = 3	67% n = 3
	• Boutique	n = 0	n = 0
	• Marché	n = 0	n = 0
	• Case de santé	n = 0	n = 0

Indicateurs		**Thiès**	**Kaolack**
47.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de la chloroquine pendant trois jours (parmi ceux dont l'enfant a pris de la chloroquine) • Moins de 3 jours • Plus de 3 jours	53% n = 156 8% 26%	63% n = 160 11% 14%
48.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris du cotrimoxazole pendant cinq jours (parmi ceux dont l'enfant a pris du cotrimoxazole) • Moins de 5 jours • 6–7 jours • Plus de 7 jours	25% n = 68 32% 18% 9%	15% n = 59 39% 12% 12%
49.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de l'amoxicilline pendant cinq jours (parmi ceux dont l'enfant a pris de l'amoxicilline) • Moins de 5 jours • 6–7 jours • Plus de 7 jours	17% n = 23 13% 39% 9%	9% n = 11 11% 36% 9%
50.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de la chloroquine correctement (une fois par jour pendant trois jours) (parmi ceux dont l'enfant a pris de la chloroquine) • Ceux qui ont pris de la chloroquine deux fois par jour • Ceux qui ont pris de la chloroquine une fois par jour	7% n = 156 68% 19%	8% n = 160 72% 19%
51.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris du cotrimoxazole correctement (deux fois par jour pendant cinq jours) (parmi ceux dont l'enfant a pris du cotrimoxazole)	25% n = 68	10% n = 59
52.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a pris de l'amoxicilline correctement (trois fois par jour pendant cinq jours) (parmi ceux dont l'enfant a pris de l'amoxicilline)	4% n = 23	0 n = 11
	Prise en charge de la diarrhée		
53.	Pourcentage de répondants dont l'enfant a eu une diarrhée et qui a reçu plus liquide que d'habitude	68% n = 112	61% n = 151

Résultats pour les prestataires et vendeurs de médicaments : Kaolack

	Type de prestataire/vendeur				
Indicateurs	**Structures sanitaires** n = 38	**Pharmacies** n = 32	**Cases de santé** n = 30	**Autres vendeurs** n = 33	**Tous** N = 133
Description de l'échantillon					
a. Répartition des structures sanitaires et points de vente étudiés en% de l'échantillon total	29%	24%	22%	24%	
b. Répartition des structures sanitaires et points de vente étudiés en milieu urbain	37%	81%	10%	47%	43%
Répartition des prestataires et vendeurs de médicaments en fonction de leur niveau de formation					
Pharmacien	2%	44%			12%
Médecin	13%				3%
Infirmière, infirmière sage-femme	66%				16%
Technicien médical ou de laboratoire	5%			3%	2%
Autre formation paramédicale	13%	56%	100%		42%
Pourcentage de vendeurs SANS formation en soins cliniques				97%	24%
Distance du point de vente à la structure sanitaire la plus proche					
Moins d'1 Km (ou moins de 15 minutes de marche)		100%		91%	48%
Entre 1 et 5 Km (jusqu'à une heure de marche)			33%	9%	11%
Plus de 5 Km (plus d'une heure de marche)			67%		17%
Part I. Indicateurs des pratiques de traitements constatées pour las cas hypothétiques de maladies spécifiques					
IRA (pas de pneumonie)					
1 Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)	71%	47%	23%	25%	42%
2 Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un médicament clé de la DST pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)	37%	22%	17%	3%	20%
3 Pourcentage de répondants qui ne recommanderaient rien pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)	0	0	6%	30%	
4 Pourcentage de répondants qui référaient le cas	3%	6%	33%	36%	

	Indicateurs	Type de prestataire/vendeur: Structures sanitaires n = 38	Pharmacies n = 32	Cases de santé n = 30	Autres vendeurs n = 33	Tous N = 133
Pneumonie						
5	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie	39%	6%	0%	0%	12%
6	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient une injection pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie	2%	0%	0%	0%	0.7%
7	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient du cotrimoxazole pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie	10%	0%	0%	0%	2%
8	Pourcentage de répondants qui référeraient le cas	34%	75%	73%	67%	
9	Pourcentage de répondants qui ont indiqué le protocole de posologie journalière recommandée pour le cotrimoxazole en cas de pneumonie chez l'enfant	8%	0%	0%	0%	2%
10	Pourcentage de répondants qui ont indiqué la durée de traitement recommandée pour le cotrimoxazole en cas de pneumonie chez l'enfant	7%	0%	0%	0%	2%
Paludisme						
11	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antipaludique quelconque pour des enfants présentant des symptômes de paludisme	92%	84%	73%	56%	76%
12	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de paludisme	6%	0%	0%	0%	1%
13	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient une injection pour des enfants présentant des symptômes de paludisme	3%	0%	0%	0%	
14	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient la chloroquine pour des enfants présentant des symptômes de paludisme	82%	53%	70%	52%	64%

	Type de prestataire/vendeur				
	Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Tous**
Indicateurs	**n = 38**	**n = 32**	**n = 30**	**n = 33**	**N = 133**
15 Pourcentage de répondants qui référerait le cas	5%	3%	10%	9%	
16 Pourcentage de répondants qui ont indiqué le protocole de posologie journalière recommandée pour la chloroquine en cas de paludisme chez l'enfant	13%	0%	20%	6%	10%
17 Pourcentage de répondants qui ont indiqué la durée de traitement recommandée pour la chloroquine en cas de paludisme chez l'enfant	71%	40%	63%	27%	50%
Diarrhée					
18 Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour un enfant présentant une diarrhée simple	26%	31%	10%	63%	32%
19 Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un médicament antidiarrhéique pour un enfant présentant une diarrhée simple	13%	65%	0%	0%	20%
20 Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient des SRO pour un enfant présentant une diarrhée simple	92%	37%	83%	6%	54%
21 Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient seulement des SRO pour un enfant présentant une diarrhée simple	57%	9%	63%	3%	33%
22 Pourcentage de répondants qui référeraient le cas	3%	0	7%	21%	
Part II. Indicateurs de disponibilité					
23 Pourcentage de points de distribution qui ont en stock un médicament spécifique de première intention					
Chloroquine comprimés	87%	100%	77%	79%	85%
Chloroquine sirop	76%	100%	30%	6%	54%
Cotrimoxazole comprimés	73%	100%	42%	78%	73%
Cotrimoxazole sirop	63%	94%	20%	0%	44%
SRO	60%	0%	23%	0%	21%
24 Pourcentage de points de distribution qui ont en stock un médicament spécifique de deuxième ou troisième intention					
Amoxicilline gélules	77%	100%	3%	18%	49%
Amoxicilline sirop	65%	93%	3%	0%	40%
Injection de Quinine	79%	96%	10%	0%	46%
SP comprimés	26%	96%	0%	42%	41%

		Type de prestataire/vendeur				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Tous**
Indicateurs		**n = 38**	**n = 32**	**n = 30**	**n = 33**	**N = 133**
25	Pourcentage de points de distribution qui ont en stock des médicaments spécifiques inappropriés pour les enfants					
	Actapulgite sachet	10%	96%	0%	0%	26%
	Augmentin sirop	6%	81%	0%	0%	21%
	Artesunate comprimés	0%	90%	0%	0%	21%
	Cefadroxil sirop	0%	93%	0%	0%	22%
	Métronidazole sirop	47%	93%	3%	0%	35%
	Tétracycline gélules	68%	21%	6%	84%	47%
	Ultralevure sachet	6%	78%	0%	0%	21%
	Halfan comprimés	0%	91%	0%	0%	22%
26	Pourcentage de points de distribution qui ont des comprimés de cotrimoxazole mais pas de sirop	15%	3%	30%	64%	28%
27	Pourcentage de points de distribution qui ont des comprimés de chloroquine mais pas de sirop	15%	3%	53%	72%	35%
28	Pourcentage de points de distribution qui ont de l'amoxicilline contre la pneumonie mais pas de cotrimoxazole	0%	0%	0%	0%	
29	Pourcentage de points de distribution qui ont en stock un médicament antidiarrhéique mais pas de SRO	2%	96%	0%	0%	24%
30	Pourcentage de points de distribution qui ont de la SP mais pas de chloroquine	0%	0%	0%	3%	
31	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de cotrimoxazole en sirop pour un enfant de deux ans	693 F CFA (375–937)	1296 F CFA (795–2437)	954 F CFA (622–1500)		(375–2437)
32	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement d'amoxicilline en sirop pour un enfant de deux ans	683 F CFA (360–997)	1222 F CFA (520–2580)	750 F CFA (750–750)		(360–2580)
33	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de cotrimoxazole en comprimés pour un enfant de deux ans	132 F CFA (100–300)	1055 F CFA (141–2270)	197 F CFA (196–250)	185 F CFA (100–250)	(100–2270)
34	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement d'amoxicilline en comprimés pour un enfant de deux ans	541 F CFA (200–900)	1173 F CFA (1113–2535)	1200 F CFA (1200–1200)	280 F CFA (150–375)	(150–2535)
35	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement par SRO pour un enfant de deux ans	100 F CFA (50–300)		107 F CFA (30–150)		(30–300)
36	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement chloroquine en sirop pour un enfant de deux ans	278 F CFA (123–622)	280 F CFA (262–656)	347 F CFA (311–435)	311 F CFA (311–311)	(123–656)

		Type de prestataire/vendeur				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Tous**
Indicateurs		**n = 38**	**n = 32**	**n = 30**	**n = 33**	**N = 133**
37	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de chloroquine en comprimés pour un enfant de deux ans	30 F CFA (19–45)	53 F CFA (30–64)	27 F CFA (19–45)	31 F CFA (7–75)	(7–75)
38	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement par SP en comprimés pour un enfant de deux ans	272 F CFA (200–300)	224 F CFA (176–429)		134 F CFA (176–166)	(166–429)
Part III. Indicateurs de mouvement des stocks						
39	Médicaments les plus vendus ou dispensés en traitement d'une pneumonie chez l'enfant	Amoxi-cilline	Théralène	Cotrimox-azole	Pectol Kilpane	
40	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant le cotrimoxazole comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la pneumonie	24%	0%	16%	0%	10%
41	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant l'amoxicilline comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la pneumonie	31%	25%	0%	3%	14%
42	Volume moyen de ventes de cotrimoxazole	2.4		3.5		
43	Volume moyen de ventes d'amoxicilline	9.3	5.3			
44	Rapport du volume de ventes amoxicilline/cotrimoxazole	3.8	pas applicable	pas applicable	pas applicable	pas applicable
45	Médicaments les plus vendus ou dispensés pour une diarrhée chez l'enfant	SRO	Métroni-dazole	SRO	Tétracycline	
46	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant les SRO comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la diarrhée chez l'enfant	45%	0%	43%	0%	22%
47	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant un antidiarrhéique comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la diarrhée chez l'enfant	16%	59%	13%	9%	24%
48	Médicaments les plus vendus ou dispensés en traitement du paludisme chez l'enfant	chloroquine	chloroquine	chloroquine	chloroquine	

		Type de prestataire/vendeur				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Tous**
Indicateurs		**n = 38**	**n = 32**	**n = 30**	**n = 33**	**N = 133**
49	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant la chloroquine comme médicament le plus vendu ou dispensé	84%	75%	87%	57%	75%
50	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant la SP comme médicament le plus vendu ou dispensé	0%	0%	0%	0%	pas applicable
51	Volume moyen de ventes de chloroquine	44.6	34.9	17.4	8.2	27
52	Volume moyen de ventes de SP	0	0	0	0	pas applicable
53	Rapport du volume de ventes SP/chloroquine	pas applicable	pas applicable	pas applicable	pas applicable	pas applicable
Part IV. Indicateurs de la qualité de dispensation						
54	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui utilise un emballage approprié pour dispenser des comprimés au détail	86%	97%	64%	43%	72%
55	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des comprimés avec une étiquette d'instruction (posologie, fréquence et durée du traitement)	53%	28%	43%	9%	
	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des comprimés avec une étiquette comprenant le nom du patient, le nom du médicament, la posologie, la fréquence et la durée du traitement	0%	0%	0%	0%	pas applicable
56	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui utilisent un emballage approprié pour dispenser du sirop ou une suspension	100%	100%	100%	100%	100%

		Type de prestataire/vendeur				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Tous**
Indicateurs		**n = 38**	**n = 32**	**n = 30**	**n = 33**	**N = 133**
57	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des sirops avec une étiquette d'instruction (posologie, fréquence et durée du traitement	55%	28%	42% (n = 26)	15% (n = 13)	
	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des sirops avec une étiquette comprenant le nom du patient, du médicament, la posologie, la fréquence et la durée du traitement	0%	0%	0%	0%	pas applicable
Part V. Sources d'approvisionnement des médicaments						
58	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui fournissent des médicaments venant des sources suivantes :					
	Grossiste privé	5%	94%	0%	6%	
	Centre ou poste de santé	13%	0%	27%	3%	
	Dépôt de district	60%	0%	73%	9%	
	PNA ou PRA	26%	0%	0%	0%	
	Pharmacie privée	2%	6%	0%	15%	
	Boutique ou marché		0%	0%	39%	
	ONG		0%	0%		
	Autre				36%	
59	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui fournissent des médicaments venant des villes suivantes :					
	Kaolack	89%	96%	100%	51%	84%
	Touba				21%	
	Gambie				9%	
	Dakar	3%			6%	
	Autre	8%			12%	

Résultats pour les prestataires et vendeurs de médicaments : Thiès

Indicateur	Type de prestataire: Structures sanitaires n = 46	Pharmacies n = 28	Cases de santé n = 33	Autres vendeurs n = 23	Total N = 130
Description de l'échantillon					
a. Répartition des points de distribution étudiés en% de l'échantillon total	36%	21%	26%	17%	
b. Répartition des points de distribution étudiés dans un milieu urbain	72%	82%	6%	14%	47%
Répartition des prestataires et vendeurs de médicaments en fonction de leur niveau de formation					
Pharmacien	2%	64%			16%
Médecin	15%				4%
Infirmière, infirmière sage-femme	68%		6%		18%
Technicien médical ou de laboratoire	6%				2%
Autre formation paramédicale	11%	36%	94%	4%	36%
Pourcentage de vendeurs SANS formation en soins cliniques				95%	24%
Distance du point de vente à la structure sanitaire la plus proche					
Moins d'1 Km (ou moins de 15 minutes de marche)		90%	24%	54%	42%
Entre 1 et 5 Km (jusqu'à une heure de marche)		7%	56%	32%	24%
Plus de 5 Km (plus d'une heure de marche)		4%	20%	14%	9%
Part I. Indicateurs des pratiques de traitements constatées pour les cas hypothétiques de maladies spécifiques					
IRA (pas de pneumonie)					
1 Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)	44%	39%	3%	0%	22%
2 Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un médicament clé de la DST pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)	53%	18%	3%	0%	18%
3 Pourcentage de répondants qui ne recommanderaient rien pour des enfants présentant des symptômes de IRA (pas de pneumonie)	15%	0	3%	43%	
4 Pourcentage de répondants qui référeraient le cas	2%	11%	39%	43%	

		Type de prestataire				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Total**
	Indicateur	**n = 46**	**n = 28**	**n = 33**	**n = 23**	**N = 130**
Pneumonie						
5	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie	39%	0%	3%	0%	10%
6	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient une injection pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie	0%	0%	0%	0%	NON COMMUNIQUÉ
7	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient du cotrimoxazole pour des enfants présentant des symptômes de pneumonie	23%	0%	3%	0%	6%
8	Pourcentage de répondants qui référeraient le cas	37%	89%	88%	48%	
9	Pourcentage de répondants qui ont indiqué le protocole de posologie journalière recommandée pour le cotrimoxazole en cas de pneumonie chez l'enfant	21%	0%	0%	0%	5%
10	Pourcentage de répondants qui ont indiqué la durée de traitement recommandée pour le cotrimoxazole en cas de pneumonie chez l'enfant	20%	0%	3%	0%	6%
Paludisme						
11	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antipaludique quelconque pour des enfants présentant des symptômes de paludisme	97%	78%	63%	4%	60%
12	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour des enfants présentant des symptômes de paludisme	6%	10%	0%	0%	4%
13	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient une injection pour des enfants présentant des symptômes de paludisme	6%	2%	0%	0%	2%

		Type de prestataire				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Total**
Indicateur		**n = 46**	**n = 28**	**n = 33**	**n = 23**	**N = 130**
14	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient la chloroquine pour des enfants présentant des symptômes de paludisme	83%	67%	61%	4%	54%
15	Pourcentage de répondants qui référeraient le cas	0	4%	27%	43%	
16	Pourcentage de répondants qui ont indiqué le protocole de posologie journalière recommandée pour la chloroquine en cas de paludisme chez l'enfant	22%	7%	27%	0%	14%
17	Pourcentage de répondants qui ont indiqué la durée de traitement recommandée pour la chloroquine en cas de paludisme chez l'enfant	49%	63%	44%	0%	39%
Diarrhée						
18	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un antibiotique pour un enfant présentant une diarrhée simple	21%	22%	3%	18%	16%
19	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient un médicament antidiarrhéique pour un enfant présentant une diarrhée simple	15%	59%	6%	0%	20%
20	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient des SRO pour un enfant présentant une diarrhée simple	85%	42%	82%	5%	54%
21	Pourcentage de répondants qui ont déclaré qu'ils recommanderaient seulement des SRO pour un enfant présentant une diarrhée simple	47%	7%	76%	4%	34%
22	Pourcentage de répondants qui référeraient le cas	6%	18%	12%	35%	
Part II. Indicateurs de disponibilité						
23	Pourcentage de points de distribution qui ont en stock un médicament spécifique de première intention					
	Chloroquine comprimés	85%	96%	59%	41%	70%
	Chloroquine sirop	79%	96%	44%	5%	56%
	Cotrimoxazole comprimés	79%	86%	12%	23%	50%
	Cotrimoxazole sirop	66%	90%	9%	0%	41%
	SRO	38%	0%	3%	0%	10%

		Type de prestataire				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Total**
Indicateur		**n = 46**	**n = 28**	**n = 33**	**n = 23**	**N = 130**
24	Pourcentage de points de distribution qui ont en stock un médicament spécifique de deuxième ou troisième intention					
	Amoxicilline gélules	77%	100%	6%	0%	46%
	Amoxicilline sirop	55%	100%	6%	0%	40%
	Injection de Quinine	85%	75%	15%	0%	43%
	SP comprimés	36%	89%	0%	0%	31%
25	Pourcentage de points de distribution qui ont en stock des médicaments spécifiques inappropriés pour les enfants					
	Actapulgite sachet	8%	100%	0%	0%	27%
	Augmentin sirop	6%	93%	0%	0%	25%
	Artesunate comprimés	0%	96%	0%	0%	24%
	Cefadroxil sirop	6%	82%	0%	0%	22%
	Métronidazole sirop	49%	96%	12%	0%	39%
	Tétracycline gélules	68%	7%	12%	64%	38%
	Ultralevure sachet	4%	89%	0%	0%	23%
	Halfan comprimés	0%	89%	0%	0%	22%
26	Pourcentage de points de distribution qui ont des comprimés de cotrimoxazole mais pas de sirop	15%	0.4%	3%	0%	4.6%
27	Pourcentage de points de distribution qui ont des comprimés de chloroquine mais pas de sirop	4%	0%	0%	0%	1%
28	Pourcentage de points de distribution qui ont de l'amoxicilline contre la pneumonie mais pas de cotrimoxazole	11%	0.4%	0%	0%	3%
29	Pourcentage de points de distribution qui ont en stock un médicament antidiarrhéique pas de SRO	4%	96%	0%	0%	25%
30	Pourcentage de points de distribution qui ont de la SP mais pas de chloroquine	15%	0%	6%	0%	5%
31	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de cotrimoxazole en sirop pour un enfant de deux ans	486 F CFA (120–2437)	1378 F CFA (1005–2445)	765 F CFA (622–998)		(120–2445)
32	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement d'amoxicilline en sirop pour un enfant de deux ans	368 F CFA (90–1252)	1168 F CFA (510–1774)	718 F CFA (622–878)		(90–1773)
33	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de cotrimoxazole en comprimés pour un enfant de deux ans	167 F CFA (130–800)	1169 F CFA (1017–2190)	155 F CFA (150–250)	220 F CFA (200-250)	(130–2190)

		Type de prestataire				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Total**
Indicateur		**n = 46**	**n = 28**	**n = 33**	**n = 23**	**N = 130**
34	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement d'amoxicilline en comprimés pour un enfant de deux ans	528 F CFA (225–1650)	1256 F CFA (952–2548)	700 F CFA (600–750)		(225–2548)
35	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement par SRO pour un enfant de deux ans	35 F CFA (50-200)		100 F CFA (100-100)		(50–100)
36	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de chloroquine en sirop pour un enfant de deux ans	203 F CFA (187-626)	432.11 F CFA (315-1057)	229.5 F CFA (187-281)	281 F CFA (281-281)	(187–1057)
37	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de chloroquine en comprimés pour un enfant de deux ans	21 F CFA (15-150)	68 F CFA (56 -260)	27 F CFA (18-45)	40 F CFA (30-60)	(15–260)
38	Coût moyen [et fourchette de prix] d'un traitement de SP en comprimés pour un enfant de deux ans	47 F CFA (8-267)	292 F CFA (53-430)			(8–430)
Part III. Indicateurs de mouvement des stocks						
39	Médicaments les plus vendus ou dispensés en traitement d'une pneumonie chez l'enfant	Cotrimoxazole	Pneumorel	Nivaquine		
40	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant le cotrimoxazole comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la pneumonie	51%	0%			16.9%
41	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant l'amoxicilline comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la pneumonie	29%	10%			10%
42	Volume moyen de ventes de cotrimoxazole	6.6				58.7
43	Volume moyen de ventes d'amoxicilline	3.1				28.6
44	Rapport du volume de ventes amoxicilline/cotrimoxazole	0.5				0.5
45	Médicaments les plus vendus ou dispensés pour une diarrhée chez l'enfant	SRO	Ricridène	SRO	tétracycline	

		Type de prestataire				
		Structures sanitaires	**Pharmacies**	**Cases de santé**	**Autres vendeurs**	**Total**
Indicateur		**n = 46**	**n = 28**	**n = 33**	**n = 23**	**N = 130**
46	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant les SRO comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la diarrhée chez l'enfant	47%	0%	68%	0%	
47	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant un antidiarrhéique comme médicament le plus vendu ou dispensé en traitement de la diarrhée chez l'enfant	10%	85%	0%	0%	
48	Médicaments les plus vendus ou dispensés en traitement du paludisme chez l'enfant	chloroquine	chloroquine	chloroquine	aspirine	
49	Pourcentage de prestataires mentionnant la chloroquine comme médicament le plus vendu ou dispensé	89%	78%	77%	13%	64%
50	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments mentionnant la SP comme médicament le plus vendu ou dispensé	0%	7%	7%	0%	
51	Volume moyen de ventes de chloroquine	15	15	7.2	0.7	10.5
52	Volume moyen de ventes de SP	0	0	0	0	
53	Rapport du volume de ventes SP/chloroquine		pas applicable	pas applicable	pas applicable	
Part IV. Indicateurs de la qualité de dispensation						
54	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui utilisent un emballage approprié pour dispenser des comprimés au détail	80%	96%	52%	61%	72%

Indicateur		Type de prestataire				Total
		Structures sanitaires	Pharmacies	Cases de santé	Autres vendeurs	
		n = 46	n = 28	n = 33	n = 23	N = 130
55	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des comprimés avec une étiquette d'instruction (posologie, fréquence et durée du traitement)	17%	29%	28%	4%	
	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des comprimés avec une étiquette comprenant le nom du patient, le nom du médicament, la posologie, la fréquence et la durée du traitement	0%	0%	0%	0%	
56	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui utilisent un emballage approprié pour dispenser du sirop ou une suspension	97%	100%	55%	100%	88%
57	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des sirops avec une étiquette d'instruction (posologie, fréquence et durée du traitement)	20% (n = 40)	29% (n = 28)	7% (n = 28)	50% (n = 2)	
	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments dispensant des sirops avec une étiquette comprenant le nom du patient, le nom du médicament, la posologie, la fréquence et la durée du traitement	0%	0%	0%	0%	
Part V. Sources d'approvisionnement des médicaments						
58	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui fournissent des médicaments venant des sources suivantes :					
	Grossiste privé		100%	0%	0%	
	Centre ou poste de santé	4%	0%	12%	4%	
	Dépôt de district	60%	0%	38%	0%	
	PNA ou PRA	17%	0%	3%	0%	
	Pharmacie privée	4%	0%	9%	13%	
	Boutique ou marché	2%	0%	3%	77%	
	ONG	2%	0%	32%		

Indicateur		Type de prestataire				Total
		Structures sanitaires	Pharmacies	Cases de santé	Autres vendeurs	
		n = 46	n = 28	n = 33	n = 23	N = 130
59	Pourcentage de prestataires et vendeurs de médicaments qui fournissent des médicaments venant des villes suivantes :					
	Thiès	60%	100%	70%	23%	
	Touba			3%	4%	
	Gambie					
	Dakar	17%	60%	9%	9%	
	Autre	12%	7%	12%	45%	